



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2016/2017 –

Autora: Maurisa Mendes, Nº 3794

Ribeira Grande, Setembro 2017

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo, como parte dos requisitos, para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Promoção da qualidade de vida dos utentes portadores da esquizofrenia: intervenções de enfermagem no Hospital Regional João Morais

Discente: Maurisa Mendes, N° 3794

Orientadora: Dra. Suely dos Reis

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família, em especial os meus filhos e ao meu irmão por me ter suportado durante esses tempos.

Agradecimento

Sempre que alcançamos um objetivo ou determinado patamar, contamos com a ajuda de muitas pessoas.

Por detrás de nós, muitos se fazem presente. Deste modo agradeço em especial a Deus pelo dom da vida pela minha existência, pelas pessoas que cruzaram o meu caminho e por me permitir a conquista deste sonho.

Foram muitas as pessoas e instituições, que amavelmente colaboraram e cooperaram, direta e indiretamente na minha formação.

Neste sentido, não posso deixar de expressar a minha enorme gratidão pelo empenho de mostrar em diversos níveis.

A minha Orientadora Suely Reis, pelo apoio e confiança com quem muito tenho aprendido, e os meus colegas, Dr. Dionísio Semedo, Enfermeira Diva Medina, Dra. Edna Silva, que me instruíram, orientaram e que, acima de tudo, me aturaram ao longo destes meses, para que este sonho tornasse realidade.

Índice

Introdução.....	1
Justificativa e problemática do estudo	3
Objetivo Geral	5
Objetivos específicos.....	5
CAPITULO I – FASE CONCETUAL	6
1.1- Breve perspectiva histórica da doença e saúde mental	7
1.1.1. Doença Mental	9
1.1.2. Transtorno Mental	10
1.1.3. Saúde Mental	11
1.2. Conceitos e evolução da Esquizofrenia	14
1.2.1. Esquizofrenia.....	14
1.2.1.1. Etiologia e patogenia da esquizofrenia	16
1.2.1.2. Tipos de esquizofrenia	17
1.2.1.3. Diagnóstico da esquizofrenia	18
1.3. Abordagens terapêuticas não-farmacológicas.....	20
1.4 Cuidados gerais de enfermagem ao utente portador de esquizofrenia	21
1.5 A Função do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Esquizofrénico	28
1.6. O cuidado de saúde à família do portador de esquizofrenia	31
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA.....	34
2.1. Tipo de Estudo.....	35
2.2. Método e técnica de recolha de informações	35
2.3. População alvo do estudo	36
2.4. Caracterização do campo empírico.....	37
2.5. Procedimentos éticos durante a investigação	37
CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA.....	39
3.1. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	40
3.2. Caracterização dos sujeitos entrevistados	40
Quadro I. Caracterização Geral dos sujeitos Entrevistados	40
Categoria I – Cuidados de enfermagem prestados aos utentes portadores de esquizofrenia	41
Categoria II – Fatores que influenciam a qualidade de vida (QV) dos utentes portadores de esquizofrenia	42
Categoria III – Promoção da qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia:	45
Categoria IV – Importância dos familiares na prestação de cuidados dos portadores de esquizofrenia.....	46
3.3. Conclusão da análise dos resultados.....	48

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
Propostas.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	59
Anexo I –Guião de Entrevista	59
Anexo II –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	62
Anexo III-Carta dirigida a Diretora do HRJM	63

Resumo

O estudo efectuado surgiu de um metado que visa aquisição do grau de complemento de Licenciatura em Enfermagem. Este trabalho tem como objetivo de criar a contextualização e integração no tema de Monografia: “Promoção de qualidade de vida dos utentes portadores da esquizofrenia: intervenções da enfermagem” explicando as finalidades do mesmo, possui como objetivo de analisar como essas intervenções interferem na promoção da qualidade de vida desses utentes.

Para isso utilizou-se de um questionário elaborado para o propósito do tema. A amostra foi constituída por 4 enfermeiros, sendo duas do sexo feminino e dois do sexo masculino que trabalham no Sector de Saúde Mental. Através da análise de conteúdo temático os resultados implicaram em 4 categorias nomeadamente: cuidados de enfermagem prestados aos utentes portadores de esquizofrenia; Factores que influenciam a qualidade de vida (QV) dos utentes portadores de esquizofrenia; Promoção da qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia; Importância dos familiares na prestação de cuidados dos portadores de esquizofrenia.

Evidenciou-se que, os enfermeiros têm prestado um excelente trabalho para boa qualidade de vida dos utentes internados. Comprovou-se ainda que, os cuidados da enfermagem no tratamento desses utentes não se limitam apenas administrar a medicação, mas sim, a outros aspetos da vida do utente como a relação com a família e atividades de lazer. Neste sentido que, surgiu algumas sugestões de melhorias nomeadamente: Espaço físico mais adequado e com mais segurança; Maior participação da equipa medica; mais atividades ocupacionais e maior engajamento dos familiares.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Qualidade de Vida e Intervenções de enfermagem.

Abstract

The study carried out came from a metadata that aims to acquire the degree of complement of Degree in Nursing. This work aims to create contextualization and integration in the theme of Monography: "Promotion of quality of life of users with schizophrenia: nursing interventions" explaining the purposes of the same, aims to analyze how these interventions interfere in the promotion of quality of life of these users.

For this, a questionnaire was elaborated for the purpose of the theme. The sample consisted of 4 nurses, two of whom were female and two were male workers in the Mental Health Sector. Through the analysis of thematic content the results implied in 4 categories namely: Nursing care provided to the users with schizophrenia; Factors influencing the quality of life (QV) of users with schizophrenia; Promotion of the quality of life of users with schizophrenia; Importance of family members in the care of people with schizophrenia.

It was evidenced that, nurses have done an excellent job for good quality of life of hospitalized patients. It was also verified that, nursing care in the treatment of these users is not limited to administering the medication, but to other aspects of the users life as the relationship with the family and leisure activities. In this sense, some suggestions for improvements have arisen, namely: Physical space more adequate and more secure; Greater participation of the medical team; more occupational activities and greater engagement of family members.

Keywords: Schizophrenia; Quality of Life and Nursing Interventions.

Lista de siglas e abreviaturas

% – Percentagem

A.C – Antes Cristo

BAD – Banco Africano de Desenvolvimento

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID – Código Internacional de Doença

CTO – Centro de Terapia Ocupacional

CTT – Terapia Cognitiva Comportamental

EUA – Estados Unidos da América

HRJM – Hospital Regional João Moraes

HT – Hospital Trindade

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana

QV – Qualidade de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

Introdução

O presente trabalho surge no âmbito do curso de conclusão da Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo. Trata-se de uma monografia que visa a capacitação para a investigação em enfermagem e constitui o pré-requisito para a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

O tema eleito para esta pesquisa é "Promoção da qualidade de vida dos utentes portadores da esquizofrenia: intervenções de enfermagem no Hospital Regional João Morais ". A problemática em questão, surgiu após trabalhar algum tempo no Serviço de Saúde Mental do HRJM, onde mereceu a minha atenção a ausência, muitas vezes, de familiares durante todo o processo de internamento, o que reflete alguma dificuldade, em lidar com esses utentes e de prestar uma assistência humanizada aos mesmos, também o desejo de aprofundar os conhecimentos acerca da temática, visto que é uma doença que afecta cerca de 1% da população em geral em diferentes culturas.

A esquizofrenia é uma doença mental crónica, que se manifesta na adolescência ou no início da idade adulta. É conhecida como uma das mais graves doenças mentais, pelo seu carácter crónico, evolutivo e incapacitante. Face a essa problemática, faz-se necessário entender a doença em si, as causas que acometem deste transtorno tão estigmatizante. É de referir que a esquizofrenia é a doença que mais desperta atenção e interesse em psiquiatria. Durante a hospitalização a assistência do enfermeiro aos portadores de esquizofrenia deverá ser tanto a nível físico como mental, de modo a garantir conforto, estabilidade, ou seja, proporcionar ao doente o bem-estar físico, psíquico, social e moral promovendo assim a qualidade de vida desses utentes.

Considerou-se este estudo pertinente pois, para além de aprofundar os conhecimentos contribui também para sensibilizar os profissionais de saúde sobre esta temática uma vez que, em Cabo Verde ainda é pouco explorado.

Neste sentido, é importante discutir e promover a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia, as alterações comportamentais e o papel do enfermeiro na assistência prestada aos utentes internados na enfermaria de saúde mental do HRJM.

No que se refere a estrutura é de referir que o trabalho se encontra estruturado em três capítulos, para uma melhor compressão do tema em estudo.

O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, onde se faz a apresentação dos principais conceitos sobre o tema. No segundo capítulo encontra-se a fase metodológica, que serviu de base para a elaboração da parte empírica, da pesquisa,

debruçando-se sobre o tipo de estudo, o método de recolha de informações, a população-alvo e os procedimentos éticos adotados.

O terceiro e último capítulo trata-se da fase empírica, dando ênfase detalhada da apresentação e análise dos resultados do estudo. O percurso efetuado nesta investigação termina com as considerações finais, a apresentação das referências bibliográficas, os apêndices utilizados como ferramenta para a elaboração deste trabalho, bem como os anexos considerados importantes para uma melhor compreensão da investigação.

Para a elaboração do trabalho seguiram-se as normas de redação do trabalho científico da Universidade do Mindelo e o novo acordo ortográfico.

Justificativa e problemática do estudo

A escolha da temática deste trabalho de investigação vai de encontro com o interesse pessoal, a vivência profissional, bem como pela curiosidade desencadeada durante a prestação de cuidados de enfermagem aos utentes portadores da esquizofrenia a quando da permanência no Serviço de Saúde Mental, do HRJM.

A escolha ainda surgiu após trabalhar algum tempo no Sector de Saúde Mental do HRJM onde mereceu a minha atenção a ausência, muitas vezes, de familiares durante todo o processo de internamento, o que reflete em alguma dificuldade em lidar com esses utentes e de humanizar assistência de enfermagem aos mesmos.

Durante a permanência nesse serviço verificou-se que existe um elevado número de portadores de doença mental institucionalizados e não institucionalizados em, com passagens rotineiras pelo Serviço de Saúde Mental do HRJM, suscitando a necessidade de refletir e repensar sobre a assistência medico-enfermagem prestada aos utentes portadores de doença mental no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

De certa forma a sociedade vem-se preocupando com a melhoria da assistência aos utentes portadores de doença mental, pelo que se acredita que este estudo poderá contribuir para esta reflexão, na medida em que, poderá responder a varias questões que emergem quando abordamos a temática.

Um dos aspetos pertinentes que também contribuiu para a escolha deste tema foi o interesse de aprofundar os conhecimentos sobre o mesmo, como forma de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem que repercutirá diretamente na melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença mental.

Assim sendo, é extremamente importante capacitar devidamente o enfermeiro para assistir o utente com doença mental, disponibilizando informações e dialogando com eles, servindo-se de aliado, no sentido de ajudá-lo a recuperar a sua posição social com objectivo final de uma melhor promoção de qualidade de vida.

Portanto, entende-se ser pertinente realizar um estudo que chame atenção para esta problemática no sentido de reverter as situações vivenciadas no exercício profissional. De realçar que, o cuidado, é a essência da enfermagem, logo o enfermeiro, é o um profissional de saúde com uma função primordial nos processos de cuidados de saúde, pois, neste contexto o enfermeiro tem um papel crucial e torna ainda mais relevante quando se trata dos utentes portadores de doença mental, visto que, é um

problema que tem vindo a aumentar cada vez mais, tornando uma preocupação para os profissionais de saúde a nível mundial.

A doença mental é um fenómeno de saúde que não deve ser negligenciada, visto que representa a quinta causa da morbilidade no mundo prevendo-se que até ao ano 2020 haverá um aumento significativo devido aos distúrbios e comportamentos, visto que estes problemas têm repercussões claras em termos de custos sociais e económicos, modificando a qualidade de vida do utente, da pessoa que se cuida bem como das famílias (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2010).

A esquizofrenia é uma das principais causas da doença mental, atinge cerca de 1% da população mundial, geralmente manifesta-se na adolescência ou início da idade adulta. É uma condição heterogénea que tem causas e respostas variáveis, além de atingir diversos aspetos da vida do utente (Associação de Promoção da Saúde Mental, 2014).

De acordo com o levantamento epidemiológico efetuado constata-se que a esquizofrenia é uma patologia com uma frequência na população mundial de um para cada 100 pessoas, havendo cerca de 40 casos novos para cada cem mil habitantes por ano. No Brasil estima-se que existem cerca de 1,6 milhões de portadores de esquizofrenia, a cada ano cerca de 50 mil pessoas manifestam a doença pela primeira vez, ela atinge em igual proporção nos homens e mulheres, em geral inicia-se mais cedo nos homens, por volta dos 20 a 25 anos de idade, e na mulher, por volta dos 25 a 30 anos (Louza, 2005).

Relativamente aos E.U.A, a prevalência da patologia no decorrer da vida e de cerca de 1%, embora os sintomas aparecem no fim da adolescência e início da idade adulta (Towsend, 2011). Quanto a Portugal a prevalência desta patologia está entre 0,6 e 1% afetando 60 mil a 100 mil pessoas (Pacheco, 2006).

Em relação a Cabo Verde um levantamento estatístico de um estudo epidemiológico dos transtornos mentais feito nos anos 1988 e 1989 pelo plano de saúde apontou para as perturbações da saúde mental, uma prevalência de 4.3 por 1000 habitantes, sobretudo entre a população de 21 a 40 anos configurando-se como um problema de saúde pública. Mas sabe-se que de entre os quadros clínicos da saúde mental a esquizofrenia é a patologia com maior prevalência a nível mundial. (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2010).

Dados do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2010), apontam para nos 05 anos precedentes, um acréscimo no índice de prevalência de esquizofrenia em Cabo Verde, em relação às demais patologias mentais.

No ano de 2016 no HRJM foram internados 52 utentes portadores de esquizofrenia, dos quais, 24 eram do sexo masculino e 28 do sexo feminino, numa faixa etária entre 18 a 79 anos números que consideramos ser muito preocupantes dada as implicações socioeconómicas da doença.

É neste contexto que entendemos ser pertinente realizar a presente investigação, a ser norteadada pelos seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Analisar as intervenções do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do utente portador da esquizofrenia no Hospital Regional João Morais.

Objetivos específicos

- Descrever a perceção dos enfermeiros do Hospital Regional João Morais sobre qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia;
- Descrever as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem do Hospital Regional João Morais na garantia da boa qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia;
- Verificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do Hospital Regional João Morais para promover a qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia;

CAPITULO I – FASE CONCETUAL

A fase concetual é uma parte importante em qualquer trabalho científico, na medida em que se refere ao processo de formulação, ordenação e documentação de ideias acerca de um determinado assunto. É nesta fase, que se investigam os conceitos importantes, que de uma forma geral interpreta, o que se pretende com a realização do presente estudo. Este tem como objetivo abordar as relações dos familiares com o portador de transtorno mental, bem como os suportes dispensados pelos familiares aos mesmos e ainda a eficácia da participação da família no processo de tratamento.

Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando de material académico acessível ao público em geral, visando elaborar um enfoque pluridimensional do tema, destacando conceitos, características, marcos históricos, classificações, etiologia, modelos explicativos, entre outros aspetos, com o fim de construir o arcabouço teórico do presente estudo.

1.1- Breve perspetiva histórica da doença e saúde mental

Desde os tempos remotos já se falava nos distúrbios mentais, a esquizofrenia como sendo um dos problemas que afetavam a humanidade e isso é notável em várias literaturas citadas por historiadores, poetas, pintores, escultores e médicos.

Na era da Idade Média, a loucura era bem tolerada, acreditando que o mundo era organizado segundo os desígnios de Deus. Os loucos e os miseráveis eram considerados parte da sociedade e alvo de caridade. Os doentes mentais eram chamados de lunáticos (do latim luna =lua), pois acreditava-se que a mente das pessoas era influenciada pelas fases da lua. E por isso, eram também considerados pecadores.

Na perspetiva de Zacarias (2015), “a loucura, por conseguinte, a esquizofrenia, foi vista durante muito tempo como uma fronteira entre o mundo físico e o mundo espiritual e o louco era alvo de admiração ou medo”.

Segundo Foucault (1978), o famoso pintor Vincent Van Gogh (1853-1890) sofria de crises de instabilidade de seu humor. Houve diversas tentativas de estabelecer um diagnóstico para a doença de Van Gogh. Atualmente, o mais aceito é o Transtorno do Humor Bipolar, levando-se em consideração os estados depressivos, alternados de episódios eufóricos (ou maníacos) que o faziam mergulhar em um estado de humor de grande energia e paixão.

Por volta de 860 A.C, na Grécia, os sacerdotes recomendavam que os loucos fossem tratados com bondade e que lhes fossem proporcionadas atividades físicas (Foucault, 1978).

Para Hipócrates, o cérebro era a sede dos sentimentos e das ideias. Foi o pioneiro na classificação das doenças mentais: o “Corpus Hippocraticum” inclui descrições de moléstias identificáveis como melancolia, psicose pós-parto, fobias, delirium tóxico, demência senil e histeria (Cataldo Neto, Annes & Becker, 2003).

Estes utentes desfrutavam de relativa liberdade de ir e vir. Mas, quando descompensados eram acorrentados, escoraçados, submetidos a jejuns prolongados sob a alegação de estarem possuídos pelo “demónio” e, como tal, eram submetidos a rituais religiosos de exorcismo (Foucault, 1978).

Os loucos, antes da fundação do hospício, se tranquilos, eram acolhidos pela sociedade e assim podiam circular livremente; porém, se agitados e agressivos, eram reclusos nas cadeias públicas. Além do critério comportamental, a classe social também definia a abordagem do louco, pois os ricos eram tratados domiciliarmente ou enviados para tratamento na Europa (Rosa, 2008, p. 87).

A História da Loucura mostra que a associação à doença somente foi feita no século XIX, com a construção do conceito de doença mental pela psicopatologia geral positivista e da criação do asilo psiquiátrico. Após a revolução francesa, quando já não mais se justificava o sequestro do louco e sua mistura com todo tipo de comportamento desviante surge, através de medidas judiciais, o asilo psiquiátrico (Desviat, 1999).

A partir do nascimento da sociedade moderna, a loucura passou a ser vista de um modo muito diferente. É verdade que sempre existiram formas de encarceramento dos loucos; igualmente, desde a Antiguidade, a Medicina se ocupava deles (...). Apenas a partir do final do século XVIII, instala-se, ao menos na sociedade ocidental, uma forma universal e hegemónica de abordagem dos transtornos mentais: sua internação em instituições psiquiátricas (Foucault, 1961).

Os primeiros asilos, de início despertaram curiosidade, depois compaixão e por fim, no século XIX, o humanitarismo e a solicitude social. Neste século, a loucura ascende à categoria de doença mental (Vieira, 1981, p. 50).

Nos séculos XVI e XVII, para o acolhimento dos loucos existiam os Hospitais e as Santas Casas de Misericórdia (Amarante, 1998; Foucault, 1984).

Portanto, a principal característica do hospício era hospedar todas aquelas pessoas que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social.

Conforme afirma Barros (1994, p. 29), a "exclusão dos loucos estava vinculada a uma situação de precariedade comum a outras formas de miséria, de pobreza e de dificuldade económica”.

A história da psiquiatria vem desde o século XVIII, na Europa, as grandes instituições filantrópicas eram destinadas a abrigar pessoas indesejáveis e dentre elas, lá estavam os loucos. Na época se chamava tratamento moral, a loucura possuía diversas denominações: lunático, lelé, demente, louco, possuídos por espíritos e assim por diante. Ainda nos dias de hoje vimos relatos de preconceito e perseguição às pessoas, grupos, fatos que nos envergonham (Foucault, 1999).

A primeira reforma foi realizada por Philippe Pinel, médico francês (1745-1826), considerado por muitos como o pai da psiquiatria, em 1793, quando este foi nomeado a superintendência para o Hospital de Bicêtre (Pereira, 2013). Ao denunciar as condições desumanas dos asilos da época, libertou os loucos das correntes, propondo uma nova lógica para a tutela: o tratamento moral e educativo. A imposição da ordem era imperativa para o tratamento da doença mental e o isolamento era necessário para a recuperação e socialização do doente (Gondim & Maciel, 2001).

No final do século XVIII, surgem denúncias contra as interações de doentes mentais conjuntamente com os marginais e contra as torturas a que eram submetidos. Ainda propuseram uma abordagem mais humanística ao doente mental, construção de asilos, etc. Porém, ainda os utentes, permaneciam sob formas de violência, com ameaças e privações. A loucura passa a ser considerada uma doença, que exigia condições e tratamentos específicos (Foucault, 1978).

Já no Séc. XX, se revela a conceção do homem como um todo mente-corpo e o papel da história pessoal no desenvolvimento dos transtornos emocionais. Fez compreender que a loucura não é um defeito biológico.

1.1.1. Doença Mental

A doença mental é uma preocupação, que dia por dia tem suscitado interesse, para melhorar a qualidade de vida dos utentes que padecem desta patologia, uma vez que, necessitam de uma atenção especial e personalizada para conseguirem levar uma vida digna e garantirem os seus lugares na sociedade.

Na visão de Oliveira, et al (2010), as preocupações acerca dos utentes portadores de esquizofrenia fazem parte das mudanças que vem surgindo a cerca do conceito da doença mental e a assistência na área, pois o foco principal não reside

apenas no aspeto biológico, mas também nos aspetos psicológicos e sociais dos utentes portadores de esquizofrenia e das suas famílias.

Atualmente vêm-se consolidando novas formas de atenção referentes às pessoas com transtornos mentais, que são promovidas de maneira cada vez mais eficaz e satisfatória para o usuário por parte do profissional, tendo em vista que esse usuário permanece no seio familiar e comunitário (Bastos, 2013).

Para Ribeiro (2007, p. 26):

“O estigma e o preconceito vêm acompanhando o portador de doença mental ao longo da história, tirando-lhe o direito de ser cidadão, de exercer sua cidadania. O confinamento nos hospitais psiquiátricos traz resultados satisfatórios à sociedade que os enfrenta com medo e desdém, mas a eles próprios essa “terapêutica” acarreta isolamento, medo de relacionar-se com o outro e a restrição de trabalho”.

Na perspectiva de Oliveira (2008), “a doença mental é um desequilíbrio, que causa prejuízos psíquicos decorrentes de distúrbios afectivos, na percepção e no pensamento. E, na maioria das vezes, a inteligência não é afetada, contudo a percepção de si mesma e da realidade ficam comprometidas”.

No entendimento de Hilgard et al (1996, p.13) a ausência de doença mental está associada a “um estado caracterizado por ajustamento, orientação produtiva e entusiasmo”.

1.1.2. Transtorno Mental

Definir transtorno mental é difícil porque não se trata de uma condição unitária, mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Há um intenso debate acerca de quais condições são ou devem ser incluídas na definição de transtornos mentais. Isso pode trazer implicações importantes quando, por exemplo, uma sociedade está decidindo sobre os tipos e a gravidade de transtornos mentais potencialmente qualificados para tratamento e serviços involuntários.

Uma série de organizações de usuários opõe-se ao uso dos termos “doença mental” e “paciente mental” alegando que estes apoiam a dominação do modelo médico. A maioria dos documentos clínicos internacionais evita o uso do termo “doença mental”, preferindo empregar em seu lugar o termo “transtorno mental”.

O termo “transtorno” é usado para evitar os problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos como “enfermidade” e “doença”. “Transtorno” não é um termo exato,

mas é empregado aqui “para implicar a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si só, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no transtorno mental conforme aqui definido” (OMS, 1992).

O termo “transtorno mental” pode abranger enfermidade mental, retardamento mental (também conhecido como invalidez mental e incapacidade intelectual), transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Nem todos consideram todas essas categorias como transtornos mentais; no entanto, muitas questões legislativas que pertencem a condições como a esquizofrenia e a depressão bipolar se aplicam igualmente a outras condições como retardamento mental e, conseqüentemente prefere-se uma definição ampla (OMS, 2005).

1.1.3. Saúde Mental

A história da saúde mental pode ser definida como a história das diversas interpretações da loucura que são levadas ao fim nas distintas épocas de acordo com os diferentes modelos vigentes de saúde naquele momento, tanto no que se refere à sua descrição e aplicação como em seu tratamento (Vidal-Alarcon, 1986).

Até o século XX, predominava no mundo ocidental a concepção da Saúde Mental como a ausência de loucura. Só em meados do século XX, começa a ter maior alcance internacional, uma perspectiva ampliada e integral da Saúde Mental (Knopp, 2012).

Ainda segundo Knopp (2012), há alguns anos o conceito de Saúde Mental vem tomando força e substituindo gradativamente aqueles conceitos ligados à Psiquiatria tradicional e voltados para um trabalho isolado de Psiquiatria centrado na doença mental. A acção interdisciplinar e multiprofissional é considerada extremamente relevante, defendida nos trabalhos mais atuais da OMS, da OPAS e de profissionais destacados da área.

Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes afectam o modo como a "saúde mental" é definida.

Saúde mental é uma excursão usada para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as actividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (OMS, 2001).

Segundo Cabral e Nick (1989, p. 353) a saúde mental é um “estado relativamente constante da pessoa emocionalmente bem ajustada, com gosto pela vida, capacidade comprovada de autorrealização e de autocritica objetiva. É um estado positivo e não a mera ausência de distúrbios mentais”.

A definição dada por Chaplin (1981, p. 517) para saúde mental é semelhante a dos demais autores citados, sendo um “estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem-estar, prazer de viver e a sensação de que o indivíduo está a exercitar seus talentos e aptidões”.

Pode-se, assim, definir a saúde mental como um estado de equilíbrio entre o indivíduo e o meio social onde está inserido. Este estado garante às pessoas a sua capacidade laboral, social e intelectual para que possa desfrutar de uma boa qualidade de vida. (Knopp, 2012).

Para Rego et al (2005), definem a saúde mental é como “ajustamento de seres humanos, ao mundo entre si, com um máximo de eficiência e felicidade” (...), “é a capacidade de conservar uma disposição equilibrada, uma inteligência alerta, um comportamento socialmente atencioso e uma disposição feliz”.

A Organização Mundial da Saúde (2001) diz, ainda, que o estado de completo bem-estar físico, mental e social define o que é saúde, logo, tal conceito implica num critério valorativo, uma vez que lida com a ideia de bem-estar e mal-estar.

Como critérios de saúde mental podem-se elencar os seguintes itens: Atitudes positivas em relação ao autorrealização; Integração e resposta emocional; Autonomia e autodeterminação; Percepção apurada da realidade; Domínio ambiental e competência social.

Segundo o Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2009-2013), a Saúde Mental em Cabo Verde teve o seu início no período pós-independência com a criação do Serviço de Psiquiatria, nos hospitais Centrais. Antes da independência existia a 5ª Enfermaria onde se internavam os doentes, cujo tratamento ficava a cargo do médico responsável de outro sector e que dava assistência aos doentes. Os métodos utilizados no tratamento dos doentes, nessa altura eram o eletrochoque e a administração de medicamentos, existindo, na época, somente dois psicofármacos, o Clorpromazina (Largartil) e a Prometazina (Fenergan). Apenas dois enfermeiros e alguns serventes é que cuidavam dos utentes a tempo integral e, apenas a cada dois anos eram avaliados por um psiquiatra, vindo de Portugal.

O mesmo documento refere que com a vinda do Psiquiatra Irineu Gomes, em 1976, para atendimento dos doentes mentais, começou a ser reestruturado o serviço de psiquiatria de forma a proporcionar um tratamento mais humanizado aos doentes. Foi abolido o tratamento com eletrochoque, foram introduzidos outros psicofármacos e o pessoal que lidava com os doentes foi sendo formado. Iniciou-se a descentralização do atendimento dos utentes com a introdução da abordagem de psiquiatria comunitária (Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental do Ministério da Saúde de Cabo Verde 2009-2013).

Ressalta este plano que no ano de 1976, foi elaborada a 1ª Estratégia Nacional de Saúde que veio trazer novas orientações. Nomeadamente, foi prevista a criação dum Centro de Psiquiatria Comunitária, com as seguintes funções: preventiva (despistagem), curativa (tratamento, internamento), de reabilitação, educativa (educação sanitária), didática (formação do pessoal de saúde), administrativa e de saneamento. Para o Centro previa-se a dotação do pessoal considerado indispensável, incluindo psiquiatras, psicólogos, quatro assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros psiquiátricos, serventes, cozinheiros (Pensam, 2009-2013).

Segundo dados do Pensam (2009-2013) o Centro de Psiquiatria Comunitária viria a ser construído em Trindade e equipado no âmbito do Projeto de Desenvolvimento Sanitário financiado pelo BAD e pelo Governo de Cabo Verde. A construção ficou concluída entre 1989/1990 e só entrou em funcionamento em 2003.

Para o Pensam (2009-2013), o serviço de Psiquiatria do Hospital Dr. Agostinho Neto, Extensão Trindade, é um serviço de referência para as patologias de foro mental em todo o território nacional, recebendo doentes das diversas ilhas do país. Junto do Hospital existe um Centro de Saúde para atendimento da população das zonas vizinhas. O HT tem uma lotação de quarenta camas e presta as modalidades de tratamento aos doentes de consultas externas e internamento. No internamento, inclui-se o tratamento medicamentoso, psicoterapia, terapia ocupacional. Funcionam também grupos, de ajuda mútua, de famílias e grupo terapêutico de alcoólatras.

Em 2000, entrou em funcionamento o Centro de Terapia Ocupacional (CTO) da Ribeira de Vinha, em S. Vicente, que funciona como um Centro de Dia, de forma integrada com o ambulatório e enfermaria de psiquiatria do hospital Baptista de Sousa e ligado à Delegacia de Saúde (Pensam, 2009-2013).

O Relatório Estatístico do Ministério da Saúde (2009) enfatiza a abertura da enfermaria de Saúde Mental, no Hospital Regional João Moraes, na Ribeira Grande de Santo Antônio).

Em 2009, foi criado no HRJM o Serviço de Saúde Mental para acolher utentes portadores de doença mental, onde há uma predominância de esquizofrênicos, pois não havia espaço adequado para tratamento e careciam de apoios. Com a criação deste serviço nota-se alguma melhoria na qualidade de vida desses utentes, pois passaram a ter um melhor tratamento.

Ainda, verifica-se uma grande pressão de familiares e da própria sociedade em solicitar a institucionalização do doente, como forma de os manter afastado da convivência social, reforçada pela lei nacional que trata da questão do internamento compulsivo. Por conseguinte, essa lei não vai na mesma linha da Organização Mundial de Saúde (2005, p.5), que mostra que “as pessoas, compulsoriamente, mantidas em instituições, apesar de possuírem a capacidade para tomar decisões concernentes ao seu futuro representa umas violações de direitos humanos”.

Apesar de que em alguns casos o internamento é recomendado, nomeadamente para confirmar o diagnóstico no início dos surtos e quando o paciente coloca em risco tanto a sua vida como a de outrem.

Segundo Filho e Filho (1996, p. 142) “a incidência de homicídios é pequena, semelhante a percentagem encontrada na população geral”.

Durante o internamento o paciente tem que se sentir valorizado e assistido, tendo em conta a sua individualidade

De acordo com A Ponte (2014, p. 40) “...coloca a pessoa em causa no centro dos cuidados de saúde, em vez de considerar essas pessoas com apenas portadoras da doença. Cuidados centrados na pessoa, que enfatizam uma rede de saúde holística e uma abordagem orientada para a recuperação ...”.

1.2. Conceitos e evolução da Esquizofrenia

1.2.1. Esquizofrenia

A esquizofrenia outrora chamado de loucura segundo alguns autores, constituiu desde os primórdios um problema para a sociedade, que ao longo dos tempos tem suscitado a atenção de vários autores até alcançar as metas dos dias de hoje.

Etimologicamente, esquizofrenia é uma palavra composta de dois termos de origem grega: “skhizein”, que significa fender, rasgar, dividir, separar e “phrên”, prênos, que quer dizer pensamento. Esse vocábulo foi cunhado em 1906 por Paul Eugen Bleuler, um psiquiatra suíço, que já via na dissociação a característica principal dessa doença (Sterian, 2001, p. 41).

Para Martins de Souza e Oliveira (2013, p. 40), a esquizofrenia é um dos mais intrigantes distúrbios psiquiátricos e, também, dos mais complicados de ser estudado, devido ao grande número de sintomas que podem ser por ela desencadeados, à sobreposição destes com os de outras doenças, e à sua característica multifatorial, molecular e ambiental.

Segundo Oliveira et al, (2012, p.310) “a esquizofrenia é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras. É definida como uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatologias variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento comportamento”.

Segundo Alvarenga (2008, p. 89):

“A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico crônico e em muitos casos incapacitante, que se inicia geralmente em jovens e que se caracteriza pela presença de sintomas psicóticos ou positivos como delírios e alucinações, desorganização do pensamento e da conduta, sintomas negativos de empobrecimento afetivo – volitivo, perdas cognitivas sobretudo déficit da capacidade de abstração e prejuízo das funções executivas e sintomas depressivos. Não é apenas um transtorno psicótico, mas um transtorno do neuro desenvolvimento cerebral em que a psicose é encontrada”.

Para Stuart e Laraia (2001, p. 448), “a esquizofrenia é uma doença cerebral séria e persistente. Ela é uma doença que resulta em comportamento psicótico pensamento concreto e dificuldades no processamento de informações, relacionamento interpessoais e solução de problemas”.

A esquizofrenia está inserida no Capítulo V do Código Internacional de Doenças que trata dos Transtornos mentais e comportamentais. Segundo o próprio Código, ela é a categoria mais importante deste grupo de transtornos, caracterizados em geral: “[...] por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo” (Madalena, 1973).

Os fenômenos psicopatológicos mais comuns incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias extravagantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinantes que explicam ou debatem com o paciente na terceira pessoa, confusões do pensamento e sintomas negativos (Madalena, 1973).

Ainda, segundo Madalena (1973), a evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Conforme o CID-10, portanto, a esquizofrenia abriga em espectro cinco tipos, cada um com algumas particularidades e também pontos em comum.

1.2.1.1. Etiologia e patogenia da esquizofrenia

O acometimento de doenças é determinado por muitos fatores, como herança genética, vírus, bactérias, meio ambiente, entre outros. No caso específico da esquizofrenia é aceite, atualmente, a existência de um componente genético em sua etiologia (Medeiros, Rosa e Borba; 2013, p. 6).

Mas antes que essa perspectiva genética prevalecesse, o tema foi alvo de muitas teorias, entre as quais convém destacar aquela que, talvez, seja a mais caracterizadora do mecanismo que gera o preconceito em relação às pessoas com esquizofrenia, uma vez que buscava nas pessoas uma justificativa para uma condição atribuída por maldição ou punição metafísica advindas de supostas falhas de caráter e conduta (Medeiros, Rosa e Borba; 2013, p. 6).

Admite se hoje, que a esquizofrenia tem uma origem poligênica e multifatorial, com a presença de interações epistáticas entre genes de pequeno efeito (Chowdari, K V; Nimgaokar, 1999, p. 3).

Segundo Silva (2006, p. 267) Além da causa genética, a esquizofrenia, por ser uma doença mental complexa, tem ainda uma etiologia desconhecida. No entanto, outras causas podem estar associadas.

Citando Afonso (2002, p.25), além do papel genético, também influenciam no surgimento da doença:

➤ **Hipótese associada aos neurotransmissores; - “Dopamina”** é uma substância que atua no cérebro e é utilizada para a comunicação entre as células nervosas, mais propriamente, na fenda sináptica. O facto de este neurotransmissor estar

associado à etiologia da doença, deve-se à possibilidade de existir em elevada quantidade no sistema nervoso central”. “**Serotonina**” algumas substâncias, ao atuarem nos receptores de serotonina poderão provocar um quadro clínico semelhante à esquizofrenia. Os antipsicóticos bloqueiam a ação da dopamina e são antagonistas serotoninérgicos e, em combinação com os neuroléticos, reduzem os efeitos secundários e melhoram a sintomatologia negativa da esquizofrenia.

➤ **Hipótese associada ao vírus (Influenza A2)** - indivíduos cujas mães estiveram infectadas com um vírus da gripe (Influenza A2- gripe materna), tiveram uma maior predisposição para virem a sofrer de esquizofrenia. No entanto, alguns trabalhos realizados não permitem a verificação de uma relação direta entre o vírus e a doença.

De acordo com Stuart e Laraia (2001, p.67) determinam que:

“As pesquisas neurocientíficas continuam avançando no estudo da esquizofrenia, embora a complexidade desse transtorno e a faixa de sintomas tenham dificultado o progresso, os rumos das pesquisas não estejam claros. A causa da esquizofrenia é desconhecida, mas existe a crença bastante difundida de que existe pelo menos uma causa biológica. Parece, também, que a esquizofrenia não é um, mas diversos transtornos diferentes”.

Embora a pesquisa científica tenha permitido o mapeamento de algumas doenças, o diagnóstico da esquizofrenia ainda é eminentemente clínico e envolve um conjunto de procedimentos que devem ser observados, relacionados aos sintomas apresentados pelo paciente. Os procedimentos descritos no Código Internacional de Doenças (OMS, 1993), baseiam-se na análise sintomática da esquizofrenia.

1.2.1.2. Tipos de esquizofrenia

Os tipos de esquizofrenia variam de acordo com os sinais e sintomas apresentados por cada utente.

Os autores e estudiosos concordam que, a esquizofrenia é basicamente dividida em 5 tipos, que são diferenciados através dos sinais e sintomas e comportamento do portador desse transtorno (Soares; Gonçalves; Júnior. 2011. P. 239).

Relativamente aos tipos de esquizofrenia, o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-IV) (2002, p. 313) diz que:

“Os subtipos da Esquizofrenia são definidos pela sintomatologia predominante na altura da avaliação, e as suas implicações em relação ao prognóstico e tratamento sejam variáveis. O tipo paranoide e desorganizado

são os menos e o mais grave, e o diagnóstico deste dado subtipo é baseado no quadro clínico que originou a avaliação ou admissão para cuidados clínicos”.

Tipos de esquizofrenia segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística (2002): Esquizofrenia Desorganizada ou Hebefrênica; Esquizofrenia Catatônica; Esquizofrenia Paranóide; Esquizofrenia Residual; Esquizofrenia Indiferenciada.

A **Esquizofrenia paranóide** se caracteriza essencialmente pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente persecutórias, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções

Na **Esquizofrenia hebefrênica** predomina uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem frequentemente maneirismos. (Soares; Gonçalves; Júnior. 2011. P. 239).

Já a **Esquizofrenia catatônica** é dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinética e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo.

Por sua vez a **Esquizofrenia simples** é caracterizada pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho.

Há, ainda, a **Esquizofrenia indiferenciada**, que vêm a ser àquelas afeções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia.

Percebe-se por esse breve resumo que a esquizofrenia é um transtorno mental grave, os quais afetam em maior ou menor intensidade a vida tanto do utente quanto da família, o que justifica os esforços empreendidos pelas ciências no sentido de minorar o seu prognóstico e quiçá, alcançar a cura.

1.2.1.3. Diagnóstico da esquizofrenia

Na prática, o CID-10 define que o diagnóstico clínico deva observar a presença de pelo menos uma das seguintes síndromes, sintomas e sinais, que pertencem a um grupo de maior hierarquia:

- a) Eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento;

- b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicas; percepção delirante;
- c) Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;
- d) Delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).

Ou, ainda, pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas (Alucinações persistentes, Neologismos, Comportamento catatônico, sintomas negativos), que pertencem a um grupo de menor hierarquia, os quais devem estar presentes pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos um mês (Martins; Gil; Abreu; Lobato, 2003).

Ainda o mesmo autor explica o seguinte:

- a) Alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes;
- b) Neologismos, intercepções ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;
- c) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade séria, negativismo, mutismo e estupor;
- d) Sintomas "negativos", tais como: apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que estes sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neurótico).

A esquizofrenia pode ainda manifestar se em sintomas negativos e sintomas positivos. Os sintomas negativos estão mais relacionados à fase crônica da esquizofrenia. Embora possam ocorrer na fase aguda, eles se estendem por mais tempo e predominam a longo prazo. Esses sintomas são chamados também de deficitários, como referência à deficiência de algumas funções mentais, como a vontade e a afetividade. Os sintomas positivos estão relacionados diretamente ao surto psicótico Silva (2006).

É de importância especial para o diagnóstico de esquizofrenia a ocorrência de uma perturbação das funções básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo.

Porém, pesquisas indicam que ele é um importante fator preditivo no curso e na evolução da doença. As mulheres têm um prognóstico melhor que os homens em relação ao número de reintegrações psiquiátricas, evolução clínica e funcionamento social. O suicídio é mais frequente no sexo masculino e está associado com desesperança, depressão e falta de expectativas (Chaves, 2002. p. 22).

Para Oliveira et. Al, (2012) os Sintomas Negativos bem esclarecedores são os seguintes: “Embotamento afetivo; Falta de Interesse; Isolamento Social; Escassez de Pensamentos”

Por sua vez Silva (2006), faz tônica de que os sintomas positivos se caracterizam por: “episódios de surtos psicóticos, ou seja, um estado mental agudo caracterizado por grave desorganização psíquica e fenômenos delirantes e/ou alucinatorios, com perda do juízo crítico da realidade.”

O comportamento estranho das pessoas com esquizofrenia faz com que os outros tenham perder o controle de seu próprio comportamento. Dadas essas características, a autora (Silva, 2006) divide os sintomas positivos em: Delírios, Alucinações, Transtorno do Pensamento, Comportamento Bizarro.

1.3. Abordagens terapêuticas não-farmacológicas

A Esquizofrenia é uma patologia associada à incapacidade funcional, com deterioração cognitiva e alteração comportamental. Segundo Rodrigues (2012, p.2) apenas 1/3 dos doentes têm um prognóstico considerado favorável apesar do cumprimento de um regime terapêutico otimizado com anti psicóticos, permanecendo elevadas as taxas de recidivas, sintomas residuais e de descontinuação do tratamento farmacológico.

Como complemento no tratamento farmacológico da Esquizofrenia foram-se desenvolvendo e testadas algumas abordagens, destacando-se abordagens psicoterapêuticas e de suplementação nutricional com ácidos gordos ómega 3, esses encontrados em défices nas membranas neuronais dos utentes com Esquizofrenia, um dos responsáveis pela estabilidade das membranas, neuro transmissão e neuro regulação, uma vez que a via metabólica de síntese endógena é pouco eficiente (Rodrigues, 2012).

Surgido na década de 60 do século passado, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido empregue no tratamento da Esquizofrenia com sintomas positivos residuais, que é um tipo de tratamento psicoterapêutico que ajuda os utentes a entenderem os pensamentos e sentimentos que influenciam comportamentos (Dickerson, 2011).

Segundo Rodrigues (2012), também se usa o Treino Metacognitivo, derivado dos pressupostos teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental, e a Terapia de Remediação Cognitiva, orientada para os défices cognitivos mais frequentes nos doentes com Esquizofrenia.

1.4 Cuidados gerais de enfermagem ao utente portador de esquizofrenia

A Enfermagem é personificação da arte de cuidar. Podemos também definir enfermagem como uma ciência, cuja essência e especificidade é cuidar do ser humano de modo integral, desenvolvendo atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos (Padilha & Mancia, 2004).

Ora, enfermeiros e utentes vivem no cotidiano de cuidado, habitando o chamado mundo do cuidar, descrito por Grassetti (1997), onde, segundo a estudiosa, ocorre relação interpessoal de seres cuidador e cuidado.

O enfermeiro é a pessoa que está 24 h por dia ao lado do utente, e é neste sentido que presta uma série de cuidados, para a melhoria da qualidade de vida do mesmo, uma vez que cuidar é a essência da enfermagem.

Os autores Almeida et al, (2005) realçam a importância de Hildegard Peplau por ter formulado a teoria do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, com enfoque da assistência física (higiene, limpeza) para centrar-se nas relações interpessoais (ambiente terapêutico). E o enfermeiro, "é o profissional que mais tem contato com esses doentes durante o internamento," Brusamarello (2009, p. 82).

O cuidador de enfermagem inserido em uma organização que presta serviço ao 'outro' é responsável pela qualidade do atendimento que é dispensado ao ser cuidado e, para tal, deve empenhar-se e oferecer o melhor de si para assegurar um cuidado humanizado (Costenaro & Lacerda, 2001).

Indubitavelmente, o exercício do cuidado é uma tarefa difícil e desafiadora. Cuidar, segundo Silva & Gimenes (2000, p. 307), "é servir, é oferecer ao outro como forma de serviço, o resultado de nossos talentos, preparos e escolhas", esses adquiridos em nossa vivência de cuidador, demonstrando ao ser cuidado atitudes de cuidado

oriundas do nosso conhecimento, afeto e habilidades, as quais, na direção do outro, se transformam em ações que refletem o ser humano que somos e a forma como nos cuidamos.

O ser cuidador, para exercer o cuidado, de acordo com Silva e Gimenes (2000), precisa perceber o 'outro' como ele se mostra, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitação, pois, por trás de cada situação física de doença, há uma história de vida que pode ser percebida em muitos detalhes. Certamente, o corpo físico revela, mesmo que timidamente, muitas informações saudáveis e doências ali armazenadas.

Segundo Costa (1998), priorizar o cuidado do outro como cuidar de si mesmo implica sentir-se cuidado enquanto cuida, entendendo e compreendendo o outro com empatia priorizar o outro é um ato de dedicação afetiva. Cuidar com empatia é entender a situação do outro, ver-se no lugar dele e sentir-se em proximidade e igualdade envolve também atenção às necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado.

Conforme Baggio (2006), a relação de empatia é desenvolvida a partir da capacidade de colocar-se no lugar do outro, seja em situações gratificantes ou de frustração. Os seres humanos são singulares e possuem histórias de vida peculiares a si, por isso, nem sempre será possível perceber do mesmo modo.

Completando Baggio (2006) ressalta, que o cuidado assumido pelos profissionais não deve focalizar a atenção somente no procedimento que está sendo realizado mas, sobretudo, precisa buscar toda e qualquer possibilidade de inserir o cuidado para promover uma melhor qualidade de sua vida ao outro, uma vez que o princípio norteador das ações de enfermagem é a educação do cliente e a sua compreensão sobre a importância da prevenção. A orientação prestada pelo profissional de enfermagem visa adequá-la às necessidades do cliente, manifestadas ou não, pois cuidar envolve atender as carências do outro, percebidas pelo profissional de enfermagem, além daquelas referidas pelo paciente no momento da ação cuidativa.

Para Bettinelli (1998, p. 39) “o profissional de enfermagem deve ter a capacidade de utilizar a intuição e ter uma percepção bastante acurada para poder envolver-se mais durante o cuidado [...]”.

Um cuidado adequado às necessidades do cliente exige do profissional, como já apontado, a capacidade de perceber e identificar as necessidades do outro, sendo estes atributos advindos da experiência e prática constante no exercício da enfermagem (Baggio, 2006).

Waldow (1998) considera o cuidar não apenas como uma tarefa a ser executada no sentido de tratar uma ferida ou auxiliar na cura de uma doença e, sim, num sentido mais amplo como um cuidado por meio do 'relacionamento com o outro, como uma expressão de interesse e carinho'.

A arte do cuidar, é de uma forma geral, humanização de cuidados, ea promoção do bem-estar ao paciente.

Segundo Townsend, (2011) tratar os utentes portadores de esquizofrenia envolve vários esforços e uma abordagem de uma equipa multidisciplinar. Nota-se que, a apreciação dos utentes pode ser um processo complexo baseado em informações reunidas de varias fontes, e quando ocorre o episódio os utentes não conseguem dar uma contribuição significativa para a sua história.

Para Paes et al (2010), o cuidado de enfermagens tem sido compreendido comumente como um conjunto de técnicas e procedimento, uma vez que a enfermagem é uma área de conhecimento reconhecido pelo seu aspeto pratico. Entretanto, não é possível cuidar sem considerar a natureza física, social, psicológica e espiritual da pessoa.

Comumente Gomes et al (2010), acrescentam que "o enfermeiro é um profissional indispensável no tratamento e recuperação dos utentes com transtornos mentais, pois é o mais habilitado no que se refere ao cuidado, Neste sentido o cuidado é um elemento crucial na transformação do modo de vida e de como reagir ao sofrimento tanto do utente como da família instruindo-os como viver melhor trabalhando seus sentimentos".

Em determinados casos encarar os sintomas da esquizofrenia pode ser especialmente difícil para os membros da família, que se recordam de como a pessoa era activa e dinâmica antes de ficar doente. Devidas as características próprias que a doença apresenta, para além de afetar a pessoa, também afeta os familiares, provo cando grandes mudanças.

A assistência de enfermagem a família de pessoas com transtornos mentais também é fundamental, para que os familiares saibam como lidar com o processo de doença, tratamento e cura, auxiliando e apoiando o utente no processo de reintegração social, assim, faz-se constatar que há muito por fazer, enquanto o enfermeiro para ajudar o paciente na sua reabilitação e reintegração social (Gomes et al, 2010).

A preocupação maior, no atendimento está relacionada com a qualidade de vida dos utentes e a falta de proximidade de alguns destes utentes com seus familiares,

segundo Nasi et al, (2004) "a família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para os ditos utentes, e neste caso, os esquizofrénicos, ela possui especial importância, pelo fato desses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitarem de cuidados e acompanhamentos dos membros do grupo familiar".

Nota-se assim que há uma necessidade de melhor informar a população em geral sobre as doenças mentais e em particular sobre a esquizofrenia. A informação sobre os cuidados que devem ser prestados a um portador da doença deve ser divulgada para que a família e a sociedade se libertem dos mitos e estigmas associados à doença.

Para Vieira, (2009, p.91):

“A influência de Florence Nightingale veio transformar a enfermagem numa profissão para além de uma vocação configurando os primeiros traços da enfermagem atual. No início do século XX o objetivo central da formação de enfermeiros visa ainda uma enfermeira obediente e virtuosa. A necessidade de satisfazer os desejos dos outros tinha prioridade sobre o pensamento autónomo. Hoje autonomia moral e profissional é o nosso objetivo da formação em enfermagem, estimulando o pensamento crítico e evitando tanto o relativismo ético quanto um sistema dogmático de valores desatualizados da responsabilidade individual para com a pessoa cuidada”.

Ressaltar ainda que “o campo psicossocial, pode se envolver em diversas atividades, tais como a visita domiciliária, a coordenação de grupos de utentes em oficinas e outros temas” (Giacon e Gallera, 2006, p.290).

Falando essencialmente de o cuidar é pertinente, neste trabalho, referenciar um autor muito importante nessa temática, que é o Watson. Este afirma que:

“O cuidar é visto como o ideal moral da enfermagem consiste em tentativas transpessoais de humano para humano, para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; Para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controlo e auto restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas”.

Nessa mesma linha de pensamentos Pacheco (2002, p33) elucida que “cuidar é um verdadeiro encontro com o outro, é estar inteiramente para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiança”.

Enquanto para Colliere (1999, p. 233) “ cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprio, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar toda a pessoa temporária ou definitivo”.

Vieira (2009, p.66), comunga, também, da mesma ideia dizendo que “O cuidar designa todas as ações desenvolvidas para se ocupar de alguém, dedicando-se especial atenção ao outro com vista a recuperação do seu bem-estar e promoção de saúde.

Podemos deduzir das afirmações desses autores que o doente deve ser visto como um todo que precisa de um cuidado essencial, um cuidar holístico. Cuidar da pessoa é vê-la como um fim e não um meio para atingir um determinado fim. Isso acaba por exigir que o enfermeiro seja sensível aos sentimentos da outra pessoa, demonstra atenção, afeto, respeito interesse pelo seu bem-estar, compreensão e consideração. Este ao fazer o seu trabalho de fazê-lo de forma mais humana possível, deve ter capacidade de saber escutar, compreender, entender e ajudar o doente e quem esta ao seu redor.

Favrod e Marie (2012, p.16) afirmam que os cuidados vão procurar se desenvolver através da construção da aliança terapêutica que consiste em:

- Encontrar o doente enquanto pessoa na sua integralidade, numa relação de colaboração através do qual procuramos em conjunto soluções para os problemas presentes;
- Utilizar a escuta ativa e uma atitude empática centrada sobre o que vive a pessoa;
- Mostrar-se caloroso e interessado em reencontrar a pessoa;
- Manter-se igual a si mesmo ou ser autêntico, isto é estar à vontade com a pessoa e com as emoções que ela gere em nós;
- Manter-se profissional, isto é numa relação onde o interveniente tem um estatuto profissional, um enquadramento codificado por leis regulamentos e uma ética e que oferece serviços e competências numa relação;

Os portadores de esquizofrenia necessitam de uma intervenção do tipo *case management*. Essa intervenção, geralmente, ainda não implementada nos serviços de Psiquiatria no nosso SNS. É uma mais-valia para o bem dos próprios doentes, como também para com os enfermeiros de serviço, isto faria com que os próprios enfermeiros reconhecessem os doentes e a sua doença, ou que ajudaria nas primeiras fases do processo de recuperação face aos cuidados de enfermagem para com o doente Barbalat (2009 Apud Favrod e Maire 2012, p.2) refere na sua obra alguns métodos capazes de

comprovar o efeito para melhorar a qualidade de vida do doente esquizofrénico juntamente com os profissionais de saúde enfermeiros e médicos na área da psiquiatria através de:

- Recurso à programas de reforço positivo (fichas de recompensa) que visam modificar a passividade do paciente asilar;
- Desenvolvimento das habilidades sociais que visam a reintegração do paciente na comunidade e a diminuição da rejeição e do estigma, prevenindo as recaídas;
- Terapia familiar que permite ao paciente e a sua família conservar a esperança, porque compreendem melhor a perturbação e ficam mais aptos para resolver em conjunto os problemas do dia-a-dia, evitando as recaídas e favorecendo a manutenção do paciente no seu meio;
- Terapia cognitiva que procura modificar as interpretações disfuncionais da realidade;
- Remediação cognitiva através de programas combinados com um enfoque nos processos disfuncionais do pensamento lógico. Os utentes são estimulados a trabalhar a memória da fonte, esta memória permite saber quem é o autor de uma ação, lembrar-nos da origem de uma informação verbal, visual, sonora, textual.

Segundo Carvalho (2005, p.54):

“Os cuidados de enfermagem baseiam-se numa visão holística do ser humano, ou seja, baseia-se na relação permanente com o outro passa pelo toque comunicação e cuidado físico. Estes aspetos são fundamentais para a relação enfermeiro-doente pois com estes pequenos gestos consegue-se criar uma relação muito próxima”.

Isto é, o doente deve ser visto holisticamente, com as suas necessidades tanto fisiológica, psicológica e social. Ao cuidar do doente o enfermeiro, deve avaliá-lo cautelosamente para poder satisfazer todas as suas necessidades afetadas.

Segundo Watson (2002, p.39) reafirma “a enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro”. Este mesmo autor “coloca o doente no centro das atenções da profissão da enfermagem e faz com que a enfermagem seja realizada com uma concessão de cuidados que se orienta tanto para o cuidar humano como para o cuidar técnico e científico”.

O cuidar da enfermagem não implica apenas fazer, mas sim capacitar o doente mediante as suas dificuldades e necessidades a ser o mais autónomo possível, e apesar de ser vulnerável, por não conseguir satisfazer todas as suas necessidades, é necessário fazê-lo tentar, ou seja encorajá-lo, e quando o enfermeiro se sente preocupado com o doente, isto irá permitir que ele procure soluções e novas alternativas para ajudá-lo na sua recuperação.

Para Rodrigues (2003, p.97) “a enfermagem vê as novas abordagens centradas na pessoa e no que a rodeia, vê a pessoa como um ser bio-pisico-social, cultural e espiritual (visão holística) e visa através dos cuidados que presta “ sobretudo o bem-estar do doente”.

Convém acrescentar que atualmente os cuidados de enfermagem adotam uma visão de humanização em relação ao doente, e é neste sentido que Hesbeen (1997, p.69) afirma que “os cuidados de enfermagem se traduzem na atenção particular prestada por uma enfermeira ou enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Engloba tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permite oferecer suportes de práticas de enfermagem que contribuem para a serenidade às pessoas através de conforto, doçura, calor e a atenção dispensada”.

Pois, como enfatiza Bednar (2001, p.8), “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”.

Neste contexto, procura-se:

- Ao longo de todo o seu ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação;
- Satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima dependência na realização das atividades da vida;
- A adaptação funcional aos défices e a adaptação á múltiplos fatores frequentemente através de processos de aprendizagem do doente.

O enfermeiro deve adotar todos esses conhecimentos de modo a garantir melhor assistência aos que dele precisam e dependem.

Por este motivo, que o enfermeiro psiquiátrico como prestador de cuidados tem uma função essencial, oferecendo a sua maior dedicação, tendo em vista as necessidades dos doentes, independentemente do estado de saúde do doente e da sua patologia física

ou mental. Os doentes/familiares depositam a sua maior confiança nele, e isto irá permitir que o profissional desempenhe de forma mais adequada os seus cuidados.

1.5 A Função do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Esquizofrénico

O enfermeiro tem uma função importante na prestação de cuidados à pessoa portadora de esquizofrenia, uma vez que este necessita de apoio, incentivo, estímulos e vontade de seguir em frente, por isso é imprescindível que o enfermeiro esteja preparado para prestar estes cuidados.

Ele é responsável pelo acompanhamento do paciente esquizofrénico a longo prazo e deve para tal assumir um certo número de funções essenciais tais como: o acesso ao envolvimento de cuidados, os estabelecimentos de uma relação terapêutica e de um acompanhamento a longo prazo, a avaliação da pessoa, a planificação dos cuidados e dos serviços necessários, a coordenação dos cuidados e dos serviços, a verificação que estes serviços foram fornecidos, lutar para uma boa melhoria e assegurando as intervenções para tal.

Complementando a ideia, Tomey e Alligood (2002, p.118) advogam que “a enfermeira cujo principal papel é ser a fornecedora direta de cuidados ao doente, e irá encontrar uma recompensa imediata para a passagem da dependência para a independência do doente”.

De acordo com Stuart e Laraia (2001, p.34):

“A enfermeira vai fazer coisas para com o doente ou podem-se enfatizar relações participativas, para que a enfermeira venha a desenvolver coisas com o doente como parte integrante numa agenda de trabalhos a serem realizados para atingir uma determinada meta que é a saúde. E é provável que o processo de enfermagem seja educativo e terapêutico quando a enfermeira e o doente podem vir a conhecer e respeitar um ao outro como pessoas semelhantes e no entanto diferentes como pessoas que participam em comum da resolução de problemas”.

Para Madeiros (2010, p.403) “o enfermeiro tem que promover um bom acolhimento do utente esquizofrénico, de forma a proporcionar conforto, confiança e segurança do meio envolvente, e zelar pelo bem-estar do doente, tentar acolher, escutar e dar uma resposta positiva”. Este mesmo autor afirma que “o acolhimento na humanização entre os profissionais e os usuários produz uma relação de escuta e responsabilidade constituindo vínculos e compromissos entre eles.”

Um outro aspeto essencial a referenciar-se é a forma e a capacidade de colocar-se no lugar do outro e de conhecer o que realmente a pessoa passa perante tal situação, pois empatia faz parte das funções do enfermeiro (*Madeiros, 2010*).

É um fator importante no que tange à relação enfermeiro doente e na prestação de cuidados humanizados, pois segundo Ferreira, Pontes e Ferreira (2009, p.264) “ a empatia exige que o enfermeiro compreenda o que o outro está a sentir, que se coloca no seu lugar, sendo uma característica importante de compreender os outros “.

Pois, isso está completamente relacionado aos sentimentos de confiança, ao respeito mútuo à ligação emocional e no relacionamento terapêutico. Aqui é pertinente realçar um outro fator que ajuda e muito no desenvolvimento desse contacto com o doente que é a comunicação, pois é a base para o desenvolvimento do processo de enfermagem garante uma interação, permite uma melhor assistência e um cuidado mais humanizado e competente.

Pois segundo Henderson (2007, p.8):

“ (...) a capacidade de se sentir mais próxima de um doente é característica das melhores enfermeiras isso quer dizer que é nesse contexto que se incute a responsabilidade do profissional de saúde, em transmitir informações tanto para o doente como para a família, sobre a sua atual patologia, informações estas que devem ser simples, compreensíveis, respeitadas e suficientes para que estes possam compreender o estado da pessoa doente e isto facilita a papel da humanização dos cuidados do enfermeiro”.

Portanto, “como elemento importante da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, temos o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente” (Ordem dos enfermeiros/Portugal, 2001, p.11).

Segundo Peplau (1952) citado em Townsend, 2009, p.91) identificou vários subpapéis na Função de enfermagem: Estranha; Pessoa de recurso; Professor; Líder; Substituta e Conselheira

Portanto Townsend (2009, p.91) identificou quatro fases da relação enfermeiro-doente:

1. Orientação
2. Identificação
3. Exploração
4. Resolução

A função do enfermeiro, perante o utente esquizofrénico, segundo Giacon e Galera (2006, p.2), é desenvolver habilidades da terapêutica na psiquiatria, como a terapia individual, de grupo e familiar, em que serão testadas as experiências dos doentes, supervisionadas pelos enfermeiros.

Portanto o enfermeiro tem uma função preponderante no tratamento da esquizofrenia passando pela aplicação de uma abordagem farmacológica, psicológica e social.

Segundo Afonso (2002, p.62) “devido á cronicidade da doença, torna-se necessário elaborar um projeto de tratamento e de reabilitação a longo prazo. Estando sempre inerente a terapêutica farmacológica”. Este ainda diz que “nas abordagens psicológicas tenta-se combinar as psicoterapias individuais com os grupos terapêuticos relativamente ao aspeto social, à reintegração na sociedade é aqui o fator preponderante”.

Zanini (2000, p.47) enfatiza que são 10 os grandes objetivos da psicoterapia com a pessoa com esquizofrenia:

- Oferecer continência e suporte.
- Oferecer informações sobre a doença e formas de lidar com ela.
- Restabelecer o contacto com a realidade. O paciente deve ser capaz de reconhecer experiências reais e diferenciá-las das alucinatórias ou delirantes.
- Integrar a experiência psicótica no contexto de vida do paciente, ou seja, dar um sentido à experiência psicótica.
- Identificar fatores stressantes e instrumentalizar o paciente a lidar com as diversas situações da vida.
- Desenvolver maior capacidade de diferenciar, reconhecer e lidar com diferentes sensações e sentimentos.
- Crescimento emocional associado à mudança nos padrões de comportamento, resultando numa melhoria na qualidade de vida e na adaptação social fora do setting terapêutico.
- Conquista de maior autonomia e independência. Aumentando-se a capacidade de gerir a própria vida, melhora-se também a autoestima.
- Diminuição do isolamento. Outro sintoma proeminente nos utentes esquizofrénicos é o isolamento.
- Observação dos utentes. Pode-se observar, durante o processo psicoterapêutico, o funcionamento e o comportamento dos utentes - de esquiwa, de

inibição, de desconfiança ou de inadequação - como também, a presença de sintomas psicopatologias - delírios, alucinações, autorreferência, depressão, entre outros.

1.6. O cuidado de saúde à família do portador de esquizofrenia

A família é um espaço de vivências e experiências significativas no cotidiano do ser humano, independente do tempo, espaço ou organização. Ela não é formada apenas por um conjunto de pessoas, mas pelas relações e ligações entre elas. E, ao longo da trajetória familiar, seus integrantes passam por situações de crise, sejam estas previsíveis ou não. A capacidade da família de ajustar-se à novas situações, como a de conviver com um membro com doença crônica, depende das fortalezas que possui, dos laços de solidariedade que agrega e da possibilidade de solicitar apoio das outras pessoas e instituições (Borba et al, 2011).

Contudo, nem sempre as famílias possuem estruturas próprias, necessitando de apoio para o enfrentamento das adversidades surgidas no dia-a-dia, como vários tipos de doenças, dentre as quais a doença mental, que se apresenta como a demanda de atendimentos e serviços de saúde prestados por diversas instituições voltadas a assistir pessoas com problemas de saúde mental, de forma individual e colectivamente.

Nessa perspectiva quando as necessidades de um membro desse núcleo requer atenção diferenciada, pressupõe-se que todos os limites são extrapolados na busca de cumprir os direitos e cuidados que esse exige.

Segundo Borba et al. (2011), os cuidados prestados a uma pessoa com transtorno mental representa um desafio para a família, envolvendo sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença. Isso implica perceber o ser humano como ser de possibilidades, capacidades e potencialidades, independente das limitações ocasionadas pelo transtorno mental.

Sendo assim, a família deve ser considerada um elemento social fundamental para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e readaptação de seus integrantes (Borba et al. 2011).

A convivência entre a família e o portador de transtorno mental nem sempre é harmoniosa, sendo que é permeada por tensões e conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas. Assim, a família, como grupo de convivência, requer dos seus integrantes, a capacidade constante de repensar e reorganizar as suas estratégias e dinâmica interna. Exige dos sujeitos o respeito à

individualidade, pois apesar das pessoas habitarem a mesma casa, há uma diversidade de formas de ser e estar no mundo, uma vez que elas pensam, interpretam os fatos e se comportam de forma diferente (Borba et al. 2011).

Os familiares que convivem com pessoas portadoras de esquizofrenia em seu lar, demonstram a necessidade da utilização de um processo de cuidar em que as mesmas não sejam apenas pessoas esquecidas, mas sejam acompanhadas nesse processo, que estabeleçam metas e troquem experiências com a equipe, para assim viver de forma menos dolorosa com a esquizofrenia (Borba et al. 2011).

De acordo Borba et al. (2011), a enfermagem tem um papel de extrema importante, uma vez que estes lidam diretamente com as famílias com portadores de doença mental. Têm de estar preparados para acolher e escutar as necessidades da família, fornecendo o suporte, necessário para que ela consiga alcançar a reestruturação. Desta forma, a conduta não deve estar voltada somente para acolher o sofrimento, mas também para outros procedimentos que venham a contribuir para a adesão da família ao serviço, pois, além de atender o usuário, é preciso fortalecer seus vínculos com os familiares.

Os enfermeiros, em sua formação, devem desenvolver atividades regulares com a família, compartilhando as informações que obtêm das orientações e visitas domiciliares com a equipe multiprofissional; pois, hoje há uma necessidade urgente de incluir a temática família nos cursos de graduação, contemplando atividades práticas específicas de enfermagem que permitam conhecer a família enquanto um sujeito com sua intencionalidade própria (Moreno, 2010).

Considerando a relevância da família no contexto de acompanhamento do tratamento psiquiátrico, se faz necessário criar estratégias para oferta de suporte familiar nos serviços intra e extra-hospitalares, pois as interações, que outrora eram longas, têm sido de curta permanência (Gonçalves, 2010).

Frisa-se aqui a importância da atuação dos profissionais de saúde mental no auxílio aos familiares na busca de soluções adequadas, para melhorar a qualidade de vida da pessoa com transtorno mental, assim como do grupo familiar. Há necessidade de a família se sentir segura quanto à disponibilidade dos profissionais em oferecer escuta e auxílio na resolução de problemas que venham a ocorrer (Mello, 2005).

A visão do enfermeiro sobre a família e suas reais possibilidades de intervenção profissional sobre ela será decisiva no processo dos cuidados estabelecidos.

As famílias ao comparecerem aos Serviços de Saúde Mental, convocadas ou espontaneamente, trata-se de um momento em que o cuidado, apesar de não ser reconhecido, está presente, pois abre a possibilidade de acolher as demandas por meio da escuta das suas angústias, medos e dificuldades, além de detetar os sentimentos de solidão, culpa e pessimismo (Conejo, 2005).

No que diz respeito à importância do apoio aos familiares de pessoas com transtorno mental, Teixeira (2007) ressalta:

“... que ajudar os familiares na interação e na gestão da vida quotidiana dos utentes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, faz diminuir os fatores stressantes ativadores de situações de crise e estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas”.

A partir da relação de ajuda entre o enfermeiro e a família assistida crescem e se fortalecem em aprendizado mútuo, mas para que essa relação seja efetiva o enfermeiro precisa se comprometer. Se deve criar uma comunicação efetiva, estabelecer um vínculo de confiança, experimentar a empatia e o envolvimento com o outro, atuar de maneira compreensiva e entender a pessoa, colocando-a no centro da relação de ajuda (Roehrs et al., 2007).

Portanto, o cuidado e a assistência ao portador ao paciente esquizofrénico desencadeiam nos familiares uma dependência de relatividade de problemas oriunda da doença bastante acentuada, quando o familiar organiza parte de sua vida em torno das vivências da doença. Para Mello (2005) há necessidade encontrar ou reformular estratégias que envolvam o familiar no acompanhamento e participação no tratamento do doente, reconhecendo-o como um ator imprescindível - portanto, capaz de redesenhar caminhos conjuntamente com a equipe de saúde mental.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste capítulo aborda-se a metodológica selecionada para o estudo dessa temática, o tipo de estudo, o método de recolha de informações, a população alvo do estudo bem como os procedimentos éticos e legais adotados para o seu desenvolvimento.

A investigação é um método que permite produzir e colher conhecimentos de uma forma rigorosa e sistematizada de modo a obter resposta a um determinado fenómeno em estudo, isto é, um dos métodos mais importantes na produção do saber científico. Através da investigação consegue-se um grande avanço e o desenvolvimento numa determinada área permitindo um maior aprofundamento dos conhecimentos fazendo com que haja melhoria na prestação de cuidados e atendimento do doente.

2.1. Tipo de Estudo

Entendeu-se-te adequado delinear um estudo de carácter exploratória e descritiva com abordagem qualitativa.

Trata-se de um trabalho do tipo descritivos exploratório, na medida em que, nos permite adquirir novos conhecimentos, acerca do tema escolhido, ainda é um estudo exploratório, na medida em que, é o primeiro trabalho realizado nesta área, em Santo Antão.

A pesquisa é do tipo qualitativa, uma vez que, contribui, para a compreensão holística do homem, além de compreender melhor a sua assistência de enfermagem prestada. Esse tipo de pesquisa leva-nos a prestar uma assistência direcionada às necessidades da pessoa cuidada, de acordo com as suas crenças e valores, assim como as suas experiências vivenciadas.

2.2. Método e técnica de recolha de informações

A recolha de informações constitui-se um dos processos mais importantes no decorrer de uma investigação. Permite aceder às opiniões e sentimentos dos entrevistados assim como facilita numa melhor compreensão de um determinado fenómeno e quais as possíveis alternativas a serem propostas no caso de melhorias de qualidade.

Atendendo a esse pressuposto entendeu-se ser pertinente utilizar um guião de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, apoiado em questões relacionadas ao tema e devidamente validado para o efeito. As perguntas foram elaboradas com base na fundamentação teórica e nas informações coletadas a respeito da esquizofrenia.

Tendo em conta o que foi acima referenciado, optou-se por contextualizar o fenómeno em estudo como forma de compreender a problemática fazendo uma avaliação. Desta forma as informações foram recolhidas através da entrevista semiestruturada, sendo a sua formulação previamente determinada, de modo a permitir um maior controlo e o desenvolvimento da entrevista.

A coleta de informações foi precedida de um período exploratório objetivando-se identificar pessoas com perfil compatível ao preestabelecido no projeto de pesquisa (pessoas que trabalhassem no ambiente que trata de esquizofrénicos) e negociar o acesso ao ambiente onde foram realizadas as entrevistas. Com a realização da entrevista o investigador entra em contacto com diversas informações o que ajuda na realização do seu trabalho permitindo uma análise detalhada. Pode-se constatar que a entrevista permite ter informações sobre determinados temas desde complexos, carregados de emoções, onde as respostas são em uma elevada taxa e são mais detalhadas, mas é certo que estas exigem um maior tempo para a entrevista, a mais simples.

As entrevistas foram realizadas no período de Junho a Julho de 2017, no serviço da Saúde Mental do HRJM, localizado em Povoação na cidade da Ribeira Grande de Santo Antão, com a duração de 20 minutos para cada participante.

2.3. População alvo do estudo

A população alvo do estudo é constituída pelos enfermeiros que trabalham no serviço de saúde mental do HRJM.

A escolha desses enfermeiros deu-se de acordo com a formação profissional, com objetivo de relacionar as respostas de modo a entender se o nível de conhecimento sobre os contributos de enfermagem na promoção da qualidade de vida do portador de esquizofrenia.

Também foram selecionados de forma a comparar a experiência profissional, acreditando-se que quanto maior é a experiência profissional, maior é o nível de conhecimento.

Como critérios de inclusão tem-se:

- Enfermeiros que trabalham no sector da Saúde Mental do HRJM;
- Ter no mínimo seis (6) meses de serviço nesse setor;
- Ter vontade de participar no estudo.

E como critérios de exclusão tem-se:

- Enfermeiros que não trabalham no sector da Saúde Mental do HRJM e
- Ter menos de seis (6) meses de serviço nesse setor.

2.4. Caracterização do campo empírico

Este estudo foi realizado no HRJM, no sector de internamento de saúde mental.

O sector de saúde mental encontra-se num edifício anexo ao HRJM, composto por duas secções: a consulta externa, constituída por uma sala de espera, um gabinete para as consultas de Psicologia, um gabinete para as consultas de Psiquiatria, uma sala destinada a terapia de grupo e duas toilettes.

A outra sessão é constituída por dois quartos, um para doentes do sexo feminino que dispõe de três camas, e o outro para os do sexo masculino com quatro camas; um pequeno quintal, três casas de banho, um refeitório e uma sala de trabalho para enfermeiros. O serviço dispõe de uma equipa constituída por uma psicóloga clínica, um psiquiatra, quatro enfermeiros e quatro ajudantes dos serviços gerais.

A enfermaria destina-se á intervenção na crise, recorrendo geralmente ao internamento dos doentes, visando uma intervenção breve, que tem a finalidade de levar os doentes a organizarem-se e estimular a readaptação social. Nota-se que estes serviços estão quase sempre lotados, a distância entre os leitos é muito reduzida e sem um separador que permite ao doente alguma privacidade.

2.5. Procedimentos éticos durante a investigação

Os procedimentos éticos num trabalho de investigação, são importante porque garantem a privacidade e o anonimato dos sujeitos envolvidos, relativamente às informações adquiridas, durante o estudo.

Optou-se pela entrevista aos enfermeiros do serviço do Setor de Saúde Mental do HRJM, em que foi feito um pedido de autorização à Direção do referido hospital para a recolha das informações e apoiou-se, pelo termo de consentimento, livre e esclarecido explicando-lhes que haverá total sigilo e respeito pelas partes, necessidade de recurso a técnicas mecânicas de registo, salvaguardando o anonimato dos sujeitos envolvidos perante a instituição e também, foi atribuída a cada participante, um nome fictício (Júpiter; Marte; Vénus e Terra).

Para proceder-se à colheita de informações foi programada a entrevista que se desenvolveu no mês de Junho, cujo guião se encontra em anexo, e para análise e tratamento de dados foram analisadas as respostas dos entrevistados, e colocados no

trabalho estas respostas onde foram fundamentadas juntamente com ideias de alguns autores mencionados no trabalho de modo a garantir sustento á estas respostas. Foram respeitados todos os preceitos éticos durante a realização do trabalho. Para a recolha e a transcrição das informações, foram valorizados e respeitados os preceitos éticos e legais.

CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA

3.1. Apresentação e Discussão dos Resultados

Nesta fase é feita a apresentação e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas. O tópico apresenta-se a uma análise e discussão dos resultados iniciando com a caracterização dos participantes do estudo, analisando as questões. Após a gravação das entrevistas estas foram transcritas obedecendo e respeitando os princípios éticos da investigação de modo a garantir uma maior segurança e anonimato.

3.2. Caracterização dos sujeitos entrevistados

Assim, para a realização da entrevista, procedeu-se ao contacto com 4 Enfermeiros do Serviço de saúde mental, 02 licenciando e 02 bacharéis em enfermagem. Relativamente ao género, dois são do sexo feminino e dois do masculino, com idades compreendidas entre 42 e 57 anos. Dois dos enfermeiros estão a licenciar-se e os outros dois possuem o grau de bacharelato em enfermagem, com tempo de serviço entre 7 e a 21 anos e no trabalho entre 4 meses a 6 anos.

Quadro I. Caracterização Geral dos sujeitos Entrevistados

Características dos entrevistados	Género	Idade	Estado civil	Habilitações académicas	Categoria profissional	Tempo de atividade profissional	Tempo de serviço no Setor Saúde Mental
Marte	M	52 Anos	S	9º Ano	Bacharel	21 Anos	04 Anos
Júpiter	F	53 Anos	S	12º Ano	Licenciando	19 Anos	20 Meses
Terra	M	57 Anos	C	9º Ano	Bacharel	16 Anos	06 Anos
Vénus	F	42 Anos	S	12º Ano	Licenciando	07 Anos	04 Meses

Fonte: Elaboração própria

Para uma melhor interpretação dos dados colhidos, após a análise das entrevistas, achou-se pertinente subdividi-las em categorias. As categorias foram divididas de acordo com as respostas dos entrevistados, com o intuito de dar respostas plausíveis aos meus objetivos.

Categoria I – Cuidados de enfermagem prestados aos utentes portadores de esquizofrenia

Esta categoria expõe a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes com esquizofrenia internados na unidade de saúde mental do HRJM.

É uma patologia crónica, com vários sintomas, que poderá ter um impacto grande na vida dos indivíduos, já que provoca perdas funcionais tanto nas habilidades individuais como sociais e durante o internamento, essas perdas muitas vezes interferem na qualidade de vida dos utentes.

Para expor o considerado qualidade de cuidados de enfermagem nos utentes internados, os enfermeiros responderam o seguinte:

O cuidar com qualidade, significa:

“Dar apoio psicológico tanto ao paciente como aos familiares, ou seja, um pouco de tudo; proporcionar bem-estar, físico, social e mental” **“Júpiter;**

Ainda, complementando a linha de raciocínio, **Marte** responde o seguinte:

“Dar apoio, amor, carinho durante o internamento; fazer com que o paciente se sinta à vontade, tranquila em relação ao cuidado de higiene e cumprir a medicação; transmitir segurança aos utentes; porque temos que cuidar deles para que tenham uma boa recuperação” – **Marte;**

Do mesmo modo, **Vénus** responde:

“Dar segurança aos utentes com problema mentais; ajudar nas suas melhorias para proporcionar uma boa recuperação, recebendo alta hospitalar; mostrar confiança, transmitindo tranquilidade aos utentes; cuidar e proporcionar-lhes um ambiente estável e seguro”

Seguidamente **Terra** complementa que:

“Cuidados gerais da enfermagem, fazer com que os o utentes se sintam em segurança; ajudar na sua recuperação e uma breve reintegração na sociedade; dar apoio e segurança durante o internamento; sendo este muito essencial, sem o qual a recuperação do paciente seria difícil”.

Analisando estas respostas, pode-se perceber que para todos os enfermeiros qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes portadores de esquizofrenia, objetiva não só a boa estabilidade mental, social e física, como também higiene, carinho na hora do tratamento e medicação, segurança e perspetiva de boa

reintegração na sociedade. E também, fazem uma ligação direta entre um ambiente tranquilo e estável com uma boa qualidade de vida.

A literatura consultada diz que o utente e suas especificidades, suas necessidades, a sua alta ou recuperação, constituem a principal razão da assistência de enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo a qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do utente e seus familiares”.

Constatei ainda que os enfermeiros entendem que as cuidados de enfermagem não são somente como o cuidar no singular, mas sim de forma holística tendo o utente como um todo incluindo os familiares no processo de tratamento para evitar reincidência de internamentos.

Categoria II – Fatores que influenciam a qualidade de vida (QV) dos utentes portadores de esquizofrenia

Esta categoria, visa demonstrar, os fatores que influenciam o decorrer do tratamento da doença mental, através da descrição da vivência dos enfermeiros que trabalham diretamente com utentes internados, descrever e analisar os fatores que influenciam os mesmos.

“Há necessidade de melhoria, á nível das visitas dos familiares e acompanhamento da equipa médica”. – **Júpiter;**

“Acho que a enfermaria atual é inadequada para enfermaria de saúde mental, pois o espaço é muito pequeno e isso influencia porque não conseguem desenvolver algumas atividades recreativas que poderiam ajudar no processo de reabilitação”. – **Marte;**

“Falta de apoio familiar, ambiente das enfermarias inadequadas” – **Vénus;**

“Falta de alimentação adequada, estrutura inadequada, falta de recursos materiais” – **Terra.**

Todos os enfermeiros relataram a falta de condições físicas na enfermaria do Setor de Saúde Mental como o facto que influencia, pela negativa, a qualidade de vida dos doentes internados. Outro aspecto que mereceu destaque por parte da enfermagem foi a falta de apoio familiar durante o internamento, que também poderá estar relacionado com a necessidade de reforço alimentar dos doentes, conforme foi mencionado por Terra.

No entanto há também fatores positivos que influenciam a qualidade de vida desses utentes como se regista nos trechos a seguir:

“Ambiente agradável, clima estável como boa relação com os utentes que proporciona mais motivação no trabalho e consequentemente mais tranquilidade e melhor recuperação do doente” – Júpiter;

“Ambiente por vezes, varia de acordo com cada paciente, mas que é minimizado, muitas vezes, pela relação entre colegas que aqui acontece num ambiente tranquilo” – Marte;

“Não há conflitos laborais entre colegas e nem outra equipa o que nos ajuda a proporcionar bom atendimento ao utente” – Vénus;

“Há um bom clima, todos são excelentes profissionais, clima tranquilo e existe uma boa equipa que ajudam a recuperação do doente” – Terra.

“O espaço físico não é adequado ao serviço, deveria haver mais envolvimento familiar durante a recuperação dos doentes, mais melhoria em termo de assistência social e psicologia durante e depois de alta medica” – Júpiter;

“Separação da enfermaria para a rés-do-chão para ter mais segurança entre utentes porque deixa muito conflitos ou constrangimento entre eles” – Marte;

“Estrutura do serviço, maior empenho das psicólogas e da psiquiatra, remodelação da estrutura tais como: colocação das grades nas janelas, portas com mais segurança entre outros, tem de haver homens nas enfermarias, falta de colchões, lençóis, criar espaço físico para terapia ocupacional e lazer” – Vénus;

“Muita coisa, começando com o espaço físico que não é adequado ao serviço, deveria haver mais envolvimento familiar na recuperação dos doentes, mais envolvimento em termo de assistente social, antes e depois de alta hospitalar” – Terra.

Os relatos evidenciam a falta de preparo e insegurança no espaço físico da enfermaria, pois segundo eles, pelo público-alvo onde existe muitos conflitos, deveria existir mais condições, nomeadamente portas mais seguras e enfermaria no rés-do-chão. Além disso, referiram à necessidade de mais atividades ocupacionais para os doentes, que para Vénus maior “empenho” por parte de psicóloga/psiquiatra poderiam resolver esses problemas.

O ambiente favorável e boa relação entre colegas são fatores positivos para a promoção da QV dos utentes que foram destacados pelos entrevistados, já que, segundo estes, a boa relação permite-lhes dar respostas satisfatórias. Também, Terra reforçou a ideia de que os profissionais envolvidos diretamente com a assistência na enfermaria

são preparados para modificar os fatores negativos através de uma boa interação com os utentes ou seja, modificar a QV através de boas interações com os internos.

A literatura consultadas indicam que a esquizofrenia afeta desfavoravelmente a QV de utentes e familiares. Esses utentes apresentam uma QV consideravelmente mais baixa, principalmente em áreas como trabalho, relacionamentos afetivos, relações familiares e inserção social. A vulnerabilidade às situações stressantes e o baixo comportamento assertivo também são apontados como dificultadores do enfrentamento de situações problemáticas no dia-a-dia dos pacientes, com impacto na QV.

Pode-se ver que para uma melhor qualidade de vida dos utentes portadores da esquizofrenia do HRJM, perante os dados apresentados, que a necessidade de investimento nos serviços de saúde mental, tendo em conta os portadores desta patologia necessita de apoio tanto físico como psicológico envolvendo o meio onde estão inseridos como o ambiente hospitalar e o meio familiar.

Subcategoria: Forma de tratamento para os utentes esquizofrénicos

Criámos esta subcategoria para avaliar as formas de tratamento tendo em conta que isto também influencia na qualidade de vida dos utentes esquizofrénicos. Para esta subcategoria os enfermeiros entrevistados responderam o seguinte:

“Medicamentosa, psicoterapia, consulta de psiquiatria, secções de psicologia, terapia médica” – Júpiter;

“Para além da medicação também se faz terapia de grupo com psicóloga” – Marte;

“Medicamentosa, dietético, fisioterapia de grupo, fisioterapia e ginástica no quintal da enfermaria” – Vénus;

“Medicamentosa, terapia de grupo com utentes e familiares e aconselhamento” – Terra.

Para os enfermeiros além da medicação e psicoterapias os doentes também beneficiam de algumas atividades de terapia ocupacional, nomeadamente a ginástica, com orientação de profissional desta área e grupos de cinco pessoas com questões abertas sobre temas orientadores de acordo com o momento vivenciado, acompanhados de psicólogos, nutricionistas entre outros técnicos do HRJM.

Hoje em dia, segundo literaturas, o tratamento indicado para os pacientes portadores de esquizofrenia consiste na associação da farmacoterapia e estratégias psicossociais, envolvendo diferentes formas de psicoterapia.

No entanto o que diz respeito às formas de tratamento os entrevistados responderam da melhor forma possível a questão em si, mas como um profissional de saúde com experiência nesta área, deveria ter um seguimento mais rigoroso, com uma dieta mas rica tendo em conta os desgastes físicos e psicológicos, e também em relação as terapias de grupo deveria inserir a presença dos familiares durante as sessões.

Categoria III – Promoção da qualidade de vida dos utentesportadores de esquizofrenia:

Nesta categoria descrevemos as condições que para são importantes na promoção da QV desses utentes conformes as testemunhos abaixo:

“Dialogar com utentes e familiares para que possam sentir segurança” –

Júpiter

“Realizar exercício físico, dança e diálogo” – Terra

“Realizar psicoterapia e diálogo” – Marte

“Mais visitas da equipe médica e familiares que também poderão contribuir para a melhoria dos utentes” – Vénus

Para todos os entrevistados a qualidade de vida dos utentes torna-se efetivo quando o utente e a família passam a ser o suporte fundamental no apoio ao tratamento. Também, referem à importância das terapias ocupacionais e a comunicação com os utentes como uma forma de mantê-los sempre com a mente ocupada com coisas boas, evitando assim os pensamentos negativos que lhes interferem na recuperação.

A literatura encontrada diz que a enfermagem no Sector da Saúde Mental baseia-se no contato interpessoal com os utentes, onde são analisados os aspetos biopsicossociais do ser humano. Relativamente ao aspeto biológico, a enfermagem examina os efeitos colaterais da medicação e acompanha de uma forma geral a saúde do utente e da sua família.

Constatei que durante a realização das entrevistas, os entrevistados demonstraram uma grande preocupação no que diz respeito a algumas lacunas que faltam preencher no setor de saúde mental do HRJM, para que possam ter uma melhor qualidade nos serviços prestados, e uma boa recuperação dos utentes que procuram este serviço nomeadamente, é necessário criar um ambiente mais seguro, com um espaço apropriado para a realização de alguns exercícios, tanto físico como psicológico, mais visitas familiares e da equipa médica especializado nesta patologia proporcionando assim uma recuperação mais saudável e rápida perante estes utentes.

Categoria IV – Importância dos familiares na prestação de cuidados dos portadores de esquizofrenia.

Nesta categoria pretende-se demonstrar a visão dos enfermeiros SM sobre o papel da família na prestação dos cuidados dos portadores de esquizofrenia internados. Pode-se observar a importância que todos dão ao papel da família, chegando mesmo Terra a relatar que “...a família é o principal pilar”, que podemos entender como o elemento principal na recuperação do doente internado. Pois segundo estes, a família pode ser a orientadora na medicação e que dá carinho, cuida, enfim, têm de estar presentes em tudo o que acreditam que seja importante na qualidade de vida.

“Cuidar, orientar na sua medicação” – Júpiter

“A família é o principal pilar na recuperação do paciente, pois entre eles existe o elo mais forte e próximo” – Terra

“A família é psicóloga em algumas situações, (...) dar apoio, carinho, atenção” – Vénus

“Ajudar na reintegração na comunidade após alta hospitalar” – Marte

Essa literatura diz que nos grupos de familiares ou nos atendimentos de família, é comum que as discussões girem em torno dos sintomas, e é importante que o profissional que coordena o grupo fique atento às possibilidades e ao conjunto de recursos que a família apresenta e como cada um se apropria deles ou como fica paralisado diante do momento vivido.

Nesta categoria como investigadora deu para perceber que os entrevistados responderam muito bem as questões que lhes foram apresentadas, sabendo que a família é um pilar fundamental na recuperação do seu doente, e também na reinserção na sociedade ajudando assim a conviver diariamente com a sua patologia de uma forma saudável, onde deixam claro que muitas vezes é difícil para os familiares lidarem com estas situações que por vezes ficam sem saber o que fazer perante os seus doentes, é neste sentido que entram as orientações dos profissionais de saúde visando assim o apoio, como muitas vezes os familiares passam por serem psicólogos dos seus próprios doentes então o apoio psicológico dos profissionais de saúde é de extrema importância durante o acompanhamento família e doente.

Durante o estudo deu-se para perceber que todos os objetivos foram alcançados, na medida em que:

- Descrever a percepção dos enfermeiros do HRJM sobre qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia;

Nesta investigação deu para perceber que os enfermeiros do HRJM tem uma percepção lógica e clara sobre a esquizofrenia deixando claro que é uma patologia mental que se não houver um acompanhamento médico personalizado pode evoluir para situações que podem afetar tanto o utente como no seu meio envolvente.

- Descrever as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem no HRJM na garantia da boa qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia;

Os enfermeiros do HRJM devem proporcionar um ambiente seguro, um local de acolhimento de acordo com o estado do utente, mas que garante a segurança da sua integridade física e seu conforto, promover a higiene físico e mental, uma alimentação adequada e saudável, uma vigilância terapêutica durante a administração dos medicamentos, confirmando assim se os mesmos tomaram adequadamente, implementar sempre um trabalho em equipa durante os turnos para uma melhoria na prestação de cuidados.

- Verificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do HRJM para promover a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

Ser um bom profissional e ao mesmo tempo um bom ouvinte para os utentes demonstrando confiança e segurança durante o convívio com os mesmos, dando a liberdade de expressão, tendo em conta que o dia-a-dia do profissional de enfermagem é caracterizado por atividades que exigem uma alta capacitação e motivação para liderar com os utentes é daí que o profissional deve adotar estas estratégias na busca de maior eficiência, e consequentemente obterá uma maior qualidade nos cuidados prestados.

3.3. Conclusão da análise dos resultados

Sendo a esquizofrenia uma doença que pelas suas características, traz várias limitações decorrentes da deterioração de aspetos mentais, afeta desfavoravelmente a qualidade de vida dos pacientes e muitas vezes no internamento por ser um processo que retira o paciente do seu meio e da sua família há necessidade de medidas afetivas para recuperar ou melhorar essa qualidade.

Por tudo isso, foi bastante pertinente conhecer as relações estabelecidas na enfermaria entre todos os autores envolvidos na recuperação da portador de esquizofrenia aquando do seu internamento, tanto para ampliação do campo de conhecimento como também para tentar procurar juntamente com a equipa dar as respostas mais assertivas.

Deu também para perceber durante o estudo que os objetivos preconizados foram alcançados. Em relação ao objetivo geral que é analisar as intervenções do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do utente portador da esquizofrenia no Hospital Regional João Morais percebemos que a enfermagem tem tido um papel relevante na maior qualidade de vida aos portadores de esquizofrenia quando estão internados no HJM, pois estão presentes e os apoiam no enfrentamento de situações inerentes à doença e não só.

No objetivo específico descrever a perceção dos enfermeiros do Hospital Regional João Morais sobre qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia o estudo evidencia que, para os enfermeiros, uma boa interação entre a medicação e a psicoterapia tem uma relação direta com a boa QV dos internados e destacam o espaço físico da enfermaria e a falta de mais atividades ocupacionais, como aspetos que interferem negativamente. Também, constatou-se que para a maioria dos entrevistados, a qualidade de vida está relacionada com o vínculo entre os profissionais de saúde e o utente, destacando a transmissão de confiança e segurança e a importância de bom ambiente de trabalho dos enfermeiros na relação direta com a qualidade de vida dos utentes.

No segundo objetivo Descrever as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem do Hospital Regional João Morais na garantia da boa qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia teve destaque para a valorização do estabelecimento do vínculo na adesão ao tratamento, na medida em que, partindo do princípio que o vínculo está pautado nas relações de confiança, logo, maior probabilidade de seguir as

recomendações da equipa e consequentemente melhoras significativas do quadro e na QV. Outro aspeto que ficou patente é a disponibilidade de escuta do paciente por partes dos enfermeiros, na medida em que há um tratamento não só biológico mais de uma forma holística. No terceiro objetivo verificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do Hospital Regional João Morais para promover a qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia, entre outros aspetos, destaca-se o envolvimento da família no tratamento. Apesar de para a maioria dos entrevistados, ver o envolvimento da família como algo deficitário na enfermagem, eles mostram a importância da participação ativa da mesma e de o incentivo na participação ser uma das suas estratégias de intervenção para melhorar a QV dos utentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta investigação devido à pertinência do tema em estudo, constatou-se que a esquizofrenia é um dos principais transtornos mentais e seus indícios podem surgir já na infância ou na adolescência. Até agora não conseguiram descobrir e comprovar as causas exatas desta patologia, mas acredita-se que fatores genéticos estejam envolvidos no seu desenvolvimento.

Daí que este estudo possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e a vontade de aprofundar mais sobre este tema, que durante a vida profissional e como um ser humano serviram sempre como um suporte fundamental para ajudar os demais necessitados nesta área.

Este estudo ajuda a deparar que os enfermeiros da Saúde Mental do HRJM possuem uma grande capacidade para liderarem com os utentes portadores da esquizofrenia, e que na prática apesar de existir algumas lacunas que impossibilitam os cuidados personalizados, todos são capazes de dar uma resposta positiva perante uma situação onde garantem uma assistência multidisciplinar, e salvaguardando a qualidade desejada dos cuidados de enfermagem.

No que diz respeito a qualidade de vida dos utentes deu para perceber, durante a análise de dados, que há uma necessidade da criação e elaboração e implantação de estratégias de programas que promovem um padrão mais adequado que facilita o trabalho de todos, onde deu para perceber que estão a trabalhar neste sentido para adquirir os objetivos traçados.

As urgências na Saúde Mental são eventos frequentes e por muitas vezes esperadas devido à existência de algum número de portadores de patologias mentais existentes nesta ilha, mas, seguramente, neste concelho, é aí que entram os profissionais de saúde e os familiares mantendo a calma, consciente no que faz e como faz e o mais importante ter capacidade de trabalhar em equipa para uma melhor compreensão e recuperação, o que tem sido feito no HRJM segundo a investigação.

Os objetivos desta investigação foram atingidos, apesar de existirem algumas lacunas a serem melhoradas tais como as dificuldades de acesso dos familiares às visitas dos utentes, assim como a sua limitação na colaboração durante o período de internamento, falta de apoio da equipe médica. Também são de realçar as faltas de condições no espectro físico da enfermaria, com falta de espaço para terapia ocupacional

e laser. Que neste sentido áspero que estas lacunas serão preenchidas conforme as respostas obtidas durante as entrevistas.

Propostas

- Manter um programa permanente de formação de recursos humanos para o Setor de Saúde Mental;
- Envolvimento de familiares no processo dos cuidados utentes;
- Conscientizar os profissionais de saúde mental, e outros profissionais sobre o que dispõe a legislação de saúde mental;
- Necessidade de melhorar o espaço de acolhimento dos familiares, Instituir a terapia ocupacional, melhoria a nível de segurança e acompanhamento da equipa médica
- Criar, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Terapia Ocupacional (CTO) e Serviços de Saúde Mental em Hospitais Gerais;
- Implantar o programa "De Volta Para Casa". Essa implementação consiste na preparação do utente e famílias no tratamento e após alta hospitalar e integração na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afonso, P. (2002). Esquizofrenia. Conhecer a Doença, 1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores
- Albuquerque, Maria et al. (2009). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à acção dos enfermeiros, Revista de Enfermagem. Volume III, nº 6, 15-26.
2. Almeida, V. C. F. Lopes, M. V. O. e Damasceno, M. M. C; (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>. Acesso em
3. Alvarenga, PG; AndradE, AG (2008). Fundamentos em psiquiatria. São Paulo: Manole.
4. Alves, C.R.R e Silva, M. T (2001). A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v18n1/02.pdf>. Acesso em 14 de Julho de 2017.
5. Amarante P. (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 20ª. ed. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
6. Amarante, P.D.C. (1998). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
7. Ambrozano, R. (2002). Enfermagem: Formação Interdisciplinar do Enfermeiro. São Paulo, Editorial Arte & Ciência.
8. António Joaquim Moreira, (2014). Psicopatologia Geral. Módulo 1 – Introdução a Psicopatologia. Disponível em: https://issuu.com/anjomoreira/docs/psicopatologia_m_dulo_1>. Aceso em: 12 de Junho de 2017
9. Barros, D.D. (1994). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. In: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 171-195.
10. Barros, R. B. (2003) Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), Loucura, ética e política: escritos militantes (p. 196-206). São Paulo: Casa do Psicólogo.
11. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press. - ISBN 0-89862-000-7
12. Bettinelli, L.A. (2008). Cuidado Solidário. Passo Fundo RS: Pe. Berthier, 1998.

13. Bettinelli, L.A. Cuidado Solidário. Passo Fundo RS: Pe. Berthier, 1998.
14. Borba, L.O.; Schwartz, E.; Kantorski, L.P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 21, n. 4.
15. Borba, L.O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L.M., Maftum, M.A. (2011) A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Disponível em 30 de Junho de 2017: <http://www.scielo.br/>.
16. Cabral, A.; Nick, E. (1989). Dicionário Técnico de Psicologia. São Paulo: Cultrix.
17. Carvalho, Emilia; Tonani, Marcela; Barbosa, Juliana., (2005). Ações de enfermagem para combate ao cancro desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. Revista de cancerologia. 51(4): p. 279-303. Disponível em 13 de julho de 2017 http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/artigo3.pdf
18. Neto, A. C.; Annes, S.; Becker, V. (2003). História da Psiquiatria. In: Cataldo Neto, A. C.; Gauer, G.C.; Furtado, N.R. Psiquiatria para Estudantes de Medicina. Porto Alegre: EDIPUCRS.
19. Chaplin, J.P. (1981). Dicionário de Psicologia. Lisboa: Publicações D. Quixote.
20. Chaves, AC. (2009). Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento? Rev. Psiquiatria Clínica. São Paulo.
21. Chowdari1, K. V.; Nimgaonkar, V. L.; (1999) Esquizofrenia. Western Psychiatric Institute and Clinic, Universidade de Pittsburgh, Pensilvânia (EUA). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a04.pdf>>. Acesso em: 09 de Junho de 2017
22. Coleman, JCA. (1973) psicologia do anormal e a vida contemporânea. São Paulo: Livraria Pioneira Editora v.2.
23. Colliere, M.F. (1999). Promover A vida da prática das mulheres de virtude dos cuidados de enfermagem. 5ª Edição. Lisboa. Lidel
24. Conejo S.H.; Colvero L. A. (2005). O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. REME rev min enferm; 9(3):206-11.
25. Costa, A.L.R.C. (1998). O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem 150p. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal do Mato Grosso. Florianópolis (SC).

26. Costenaro, R.G.S. Lacerda, M.R. (2001). Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador? Santa Maria: Unifra.
27. Desviat, M.A. (1999). Reforma Psiquiátrica. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro; Fiocruz, 167p.
28. Dickerson FB, Lehman A.F. (2011). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: update. J Nerv Ment Dis;199(8):520-6.
29. Donahue P. (1993) Historia de la Enfermería. St Louis (USa): Mosby Company;
30. Favrod, J.; Maire, A. (2012). Recuperar da Esquizofrenia; Edições Técnicas e Científicas. Vol.II , Lusociência.
31. Filho e Filho Esquizofrenia. In Laranjeira, (1996). Manual Psiquiatria. São Paulo.
32. Foucault, M. (1987). Vigiar e punir. 6a ed. Petrópolis (RJ): Vozes;
33. Fortin, M. (1999). O processo de Investigação: Da Concepção a realização. Edições Técnicas e Científicas, Loures, Lusociencia.
34. Fortin, M.F.; CÔTE, J.; FILION, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusodidacta.
35. Fortin, M. – (1999). *O processo de Investigação: Da concepção a realização*. Lisboa. Lusociência.
36. Fortin, M. F. (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1ªed, Loures, Lusodidactica.
37. Fortin, M.F. (1996). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures, Lusociência.
38. Foucault, M. (1984). Doença mental e psicologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.
39. Foucault, M. (2004). História da loucura na idade clássica. 7. ed. São Paulo: Perspetiva.
40. Foucault, M. (1978). História da Loucura. São Paulo: Perspectiva.
41. Foucault, M. (2004). História da Loucura. São Paulo: Perspectiva.
42. Foucault.M. (1999). Leituras da História da Loucura, Elizabeth Roudinesco et al.; tradução Maria Ignes Duque Estrada. – Rio de Janeiro: Relume-Dumará,1994. 325 p HARTZ, (2008) adaptado de Évaluer L’efficacité D’un Programme Gervais et al.

43. Giacon, Bienca, C.C. Galera, S,A,F. (2006). Primeiro Épisódio da Esquizofrenia e Assistência de Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados . 2ª Edição, Brasília, Atlas.
44. Gonçalves J.R.L, Luis, M.(2010). Atendimento ao familiar cuidador em convívio com o portador de transtorno mental. Rev enferm UERJ; 18(2): 272-7.
45. Henderson, V.A. (2007) Nursing Care According to Virginia Henderson in the at Home care field . Revisão de Enfermagem. Vol.4.
46. Martires, M.A. (2003). Nursing Ser pessoa na Practica dos Cuidados de Enfermagem. PT 4ªed, p.13
47. Medeiros, C. L; Rosa, L. E, e Borba T. B. (2013) de Esquizofrenia. CNEC Osório FACOS. Disponível em: http://www.academia.edu/7434410/TRABALHO_SOBRE_ESQUIZOFRENIA. Acesso em: 09 de Junho de 2017.
48. Mello R. A (2005) construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Rev Enferm UERJ. 13(3):390-5.
49. Ministério da Saúde de Cabo Verde (2010) Plano Estratégico Nacional de Desenvolvimento Sanitário, (2009 – 2013) Cabo Verde.
50. Moreno V.(2010). Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. Rev Bras Enferm; 63(4):603-7.
51. Nasi C. Stumm.LK; Hildebrandt L:M (2004). Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar: Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, Acesso em 18 Julho de 2017 Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fenrevista/revista61/f6mental.html>
52. Oliveira, R.; Fascina,B,R; Cristina, P.; Antonio, S, J,C. (2012). A realidade de viver com Esquizofrenia. Revista Brasileira de Enfermagem, Volume 65, nº3, p.5.
53. Organização Mundial de Saúde de Cabo Verde (2005). *Livro de recursos da oms sobre saúde mental, direitos humanos e legislação*. 22/01/2014.
54. Organização Mundial de Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova conceção, nova esperança. Organização Pan-Americana de Saúde: Ministério da Saúde.
55. PACHECO. S. (2002/2004). Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. Loures. Lusociência.

56. Paccheco. A. (2006). Esquizofrenia e doença com maior prevalência em Portugal. Portal de saúde. Acesso em 18 de Julho de 2017. Disponível em <http://www.alert-online.com/ptlnews/health-poltaVesquizofrenia-e-doenca-com-maior-prevalencia-em-porhlgal>
57. Paes M.R, Borta L:O, Lobranici LM, Mafium.M.A (2010). Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. Do i:10A025/cienccuidsaude. V9i2.11238. Acesso em 19 Junho 2017 Disponível em <http://eduem.uem.br/lojs/index.php/%20CiencCuidSaude/article/viewFile/11238/6081>
58. Patton, M. (1990). Qualitative evaluation and research methods. 2ª ed. New bury Park: Sage publications, ISBN 0-8039-3779-2.
59. Peplau, (1952). Comunicação Terapêutica: A Interação Enfermeiro-Utente. In Sorensen Luckman (1989). “Enfermagem Fundamental. 1ª ed, Lisboa: Lusodidacta.
60. Pinto, C. (2003). O respeito no cuidado de enfermagem: perspectiva do doente termina. Porto. [On-line], <http://www.repositorio-aberto.up.pt>, 17/06/2017;
61. Pull, C. (2005). Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Esquizofrenia* (pp. 13-70). Porto Alegre: Artmed.
62. Ribeiro, L. (2007). *Saúde Mental e Enfermagem: Em busca da integridade na Estratégia Saúde da Família*.
63. Ribeiro, P. R. (1996). Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: EPU.
64. Rios, I. (2009). Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão; áurea editora. 1ª ed. Brasília.
65. Rodrigues, A. (2011). Serviço Social e Humanização: Experiência da Residência em Saúde. Campinas.
66. Rodrigues, E. (2003). O outro na Perspectiva do Cuida. Boletim de são Marcos. Vol.II.2ª ed. Braga.
67. Roehrs, H.; Maftum, MA. ; Mazza, VA.; Borille, DC. (2007).Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento Interpessoal entre enfermeiro e família do adolescente no Espaço escolar. Ciênc Cuid Saúde; 6(1):110-9.
68. Rosa, L. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Psicologia em Revista. Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218.

- Disponível em: < <http://www.pucminas.br> > acesso em 05 agosto 2017.(2003). Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez.
69. Rosa, M. L. N. M.; Silva, R. C. B.; Moura-de-Carvalho, F. T.; Brandão, M. L.; Guimarães, F. S.& Delbel, E. A. (2005). Routine post-weaning handling of rats prevents isolation rearing-induced deficit in prepulse inhibition. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38, 1691-1696.
 70. Silva, M.J.P. Gimenes, O.M.P.V. (2000). Eu – o cuidador. Rev. O mundo da saúde, São Paulo, ano 24, v. 24, n. 4, p. 307309.
 71. Silva, R. C.; Sandner, G.& Brandão, M. L. (2005). Unilateral electrical stimulation of the inferior colliculus of rats modifies the prepulse modulation of the startle response (PPI): Effects of ketamine and diazepam. *Behavior Brain Research*, 160(2), 323-330.
 72. Soares, H. L. R.; Gonçalves, H.C.B.; Júnior J.W. Fractal. (2011). Esquizofrenia ebeifrênica: psicose na infância e adolescência. Rev. Psicol. vol. 23 no.1 Rio de Janeiro Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100017>. Acesso em: 09 de Junho de 2017
 73. Stuart, G.W.; Laraia MT, (2001). Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.
 74. Szast, T. S.(1979). O Mito da Doença Mental. Rio de Janeiro: Zahar editores.
 75. Tavares, C.M.M.(2006) A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm. 15(2):287-95.
 76. Teixeira, M.B.(2007). Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. Ciênc Cuid Saúde. 6(1):110-9.
 77. Tomey, A.N.N.; Morriner, A.; Martha, R.(2002). Teoria de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem).5ª ed, Loures, Lusociência.
 78. Townsend, M.C. (2011). Erfennagem em Sattde Mental e Psiquiatrica: Conceitos de Cuidado na Pratica Baseada na Evidencia. 6.a Ed., Loures: Lusociência,
 79. Travelbee, J. (1971). Interpersonal Aspects of Nursing.2ªedição. Philadelphia. Davis.PT
 80. Vallada Filho, H.;& Busatto Filho, G. (1996). Esquizofrenia. In P. Almeida, L. Dractu & R. Laranjeira (Orgs.), *Manual de psiquiatria* (pp. 127-150). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

81. Vidal, A. (1986). *Psiquiatria*. Editorial Médica Panamericana.
82. Vieira, C.M. (2009). *Ser enfermeiro da compaixão a proficiência*. 5ª Edição. Lisboa, Universidade Católica.
83. Waldow, V.R(1998) Examinando o conhecimento na enfermagem. In: Meyer de, Waldow VR, Lopes MJM, organizadores. *Marcas da diversidade: saberes e práticas da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas. p.53-85.
84. Waldow, V.R. (1998). *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. Waldow, V.R. (1998). Cogitando sobre o cuidado humano. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 710.
85. Watson, J. (2002), *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures, Lusociência.
86. Watson,J. (1979). *Nursing : The Philosophy And Science Of Caring*.
87. Zanini, M.H. (2000). *Psicoterapia na esquizofrenia*. Programa de Esquizofrenia Unifesp/EPM. Ver. Bras. Psiquiatria.

ANEXOS

Anexo I –Guião de Entrevista

Dados pessoais
Identificação
Sexo: Feminino () Masculino ()
Idade: Estado Civil:
Onde se formou?
Habilitações Académicas:
Categoria Profissional:
Tempo de serviço na profissão de enfermagem no HJM?
Tempo de serviço nos Serviços de Saúde Mental?

Tema	Objectivos	Questões Orientadoras
<p>Promoção da qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia: intervenções de Enfermagem no HJM</p>	<p>Objectivo Geral</p> <p>Analisar as intervenções do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do utente portador da esquizofrenia no Hospital Regional de Santo Antão – Dr. João Morais.</p> <p>Objectivo específico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever a percepção dos enfermeiros do HJM sobre qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia; • Descrever e identificar as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem no HJM na garantia da boa qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia HJM; • Verificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do HJM para promover a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia. 	<p>1. Gostaria que descrevesse o seu papel nos cuidados de enfermagem no sector de Saúde Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) O que entendes por qualidade de vida? b) O que é para si cuidar em enfermagem? c) Qual é a finalidade dos cuidados de enfermagem proporcionada aos utentes portadores de esquizofrenia? d) Como caracteriza as suas funções como cuidador no âmbito da saúde mental e psiquiatria? <p>2. Trabalha neste setor há ____ anos/meses. Gostaria que me descrevesse o contexto de trabalho deste serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ambiente físico. b) Clima de trabalho: com os colegas, com os outros profissionais, etc. <p>3. Na tua opinião quais são fatores que influenciam a qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Quais são as formas de tratamento utilizado para com os utentes esquizofrénicos no Sector de Saúde Mental? b) Na sua opinião que factores do contexto deste sector lhe possibilitam prestar bons cuidados de enfermagem? E quais os que interferem negativamente numa boa prestação de cuidados? c) O que poderia/deveria mudar neste sector de forma a melhorar a prestação de cuidados aos doentes?

		<p>d) Quais são as estratégias utilizadas no serviço com o objectivo de promover a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia?</p> <p>3. Na qualidade de enfermeiro em que medida costuma ter contacto com os familiares dos portadores de esquizofrenia?</p> <p>4. Enquanto enfermeiro do sector de Saúde Mental dispensa a atenção aos familiares desses utentes o tempo suficiente?</p> <p>5. Considera que o seu papel na prestação de cuidados aos familiares dos portadores tem importância? - Em que medida?</p> <p>6. O que mudaria em relação à sua atitude perante os familiares desses utentes?</p> <p>7. Quais são as principais dificuldades sentidas no âmbito da promoção da qualidade de vida dos utentes esquizofrénicos no sector?</p>
--	--	---

Anexo II –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de Curso de Complementação da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, **Maurisa Mendes**, aluna n.º3794 pretende realizar um estudo intitulado *Promoção da qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia: intervenções de Enfermagem no HJM*, tendo como objectivo geral Analisar as intervenções do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do utente portador da esquizofrenia no Hospital Regional de Santo Antão – Dr. João Morais. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que solicita-se a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta nenhum risco. No que diz respeito às vantagens vai contribuir para melhorar as intervenções do enfermeiro na garantia de boa qualidade de vida ao esquizofrénico e mostrar a sua importância que este tem na prestação de cuidados de saúde.

Obs.: Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas, referentemente à participação no estudo, já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, _____, declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Cidade de Ribeira Grande, 12 de Junho de 2017

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do Pesquisador

Anexo III-Carta dirigida a Diretora do HRJM



Exma. Sra.
Diretora do HRJM/RSSA
Dra. Rosa Lopes

Ribeira Grande, 12 de Junho de 2017

Requerimento

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Maurisa Mendes, portadora de BI nº. 39069, de 06/09/2017 – R. Grande, residente na Cidade de Ponta do Sol/SA, aluna nº 3794 do Curso de Complementação de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio vos expor o seguinte:

No quadro da conclusão de Curso de Complementação de Licenciatura em Enfermagem com o tema "*Promoção da qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia: intervenções de Enfermagem no HJM*", que tem como objetivo geral analisar as intervenções do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do utente portador da esquizofrenia no Hospital Regional de Santo Antão – Dr. João Moraes e com o objetivo específico de descrever a perceção dos enfermeiros do HJM sobre qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia, descrever as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem no HJM na garantia da boa qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia

verificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros do HJM para promover a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia, vem nesse sentido solicitar à V. Excia, se digne autorizar a permissão para a recolha das informações necessárias e entrevistar os enfermeiros do Setor de Saúde Mental do HJM.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável.

A requerente,


/Maurisa Mendes/

